

**Kemohjerne: Kognitive
forandringer ved kemoterapi**

**På job
Skærme giver færre fejl**

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 7 • 31. MAJ 2013 • 113. ÅRGANG

TEMA

ADHD hos voksne



**Diakonissestiftelsen
fylder 150 år**

**Vi forventes at drikke
alkohol - bryd vanen**

Nå bookes sommeren :-)

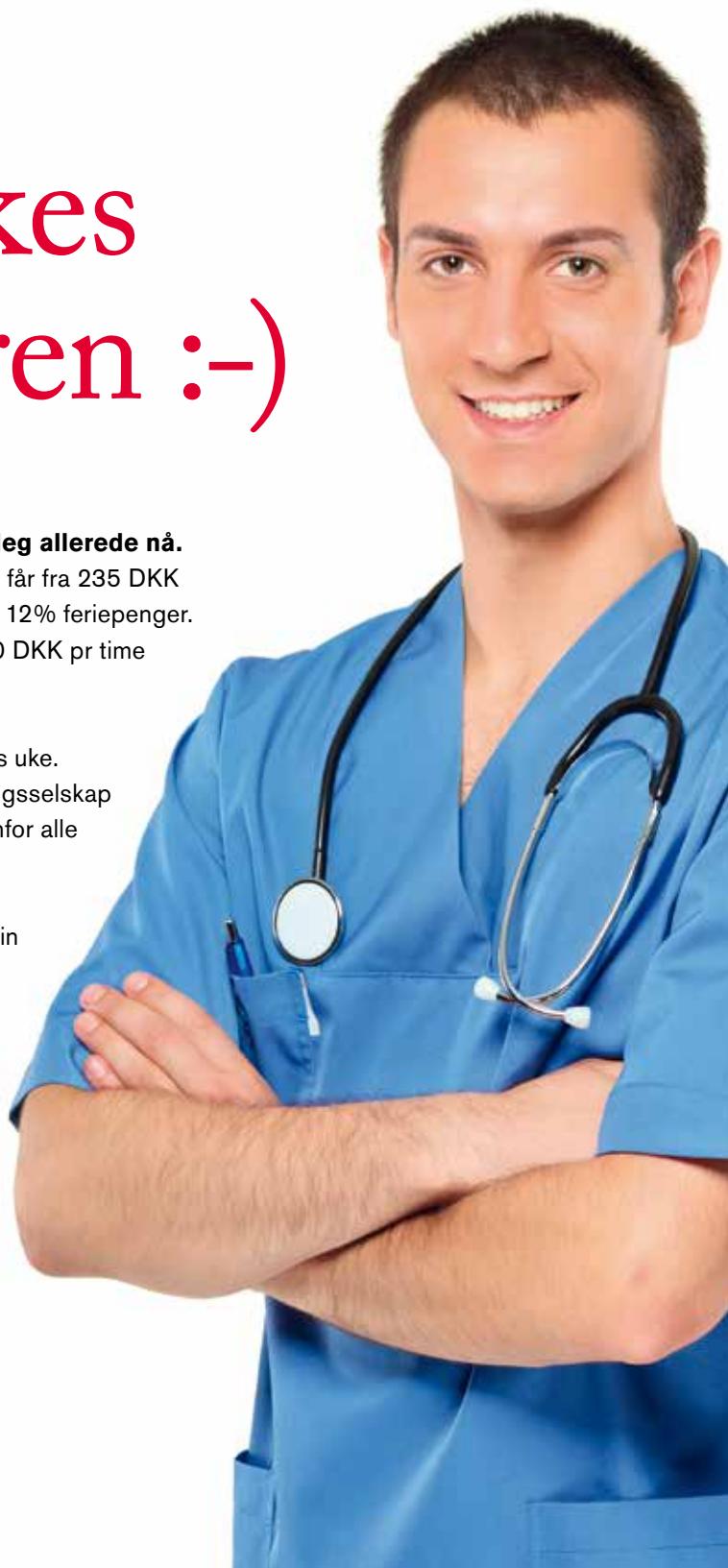
De beste oppdrag går først så meld deg allerede nå.

Den beste lønn får du av oss. Sykepleiere får fra 235 DKK til 280 DKK pr time inkl sommerbonus og 12% feriepenger. Spesialsykepleiere får fra 250 DKK til 310 DKK pr time inkl sommerbonus og 12% feriepenger.

Du får høy UB og overtid etter 35,5 timers uke. Husk at Dedicare er det eneste bemanningsselskap med avtale med alle norske sykehus innenfor alle fagområder.

Husk at vi betaler din reise og vi betaler din bolig i Norge. Vi hjelper deg også med norsk autorisasjon og norsk skatt.

Kontakt oss på **www.dedicare.no**
eller på mail **nurse@dedicare.no**
du kan også ringe **+47 74 80 40 70**



www.dedicare.no

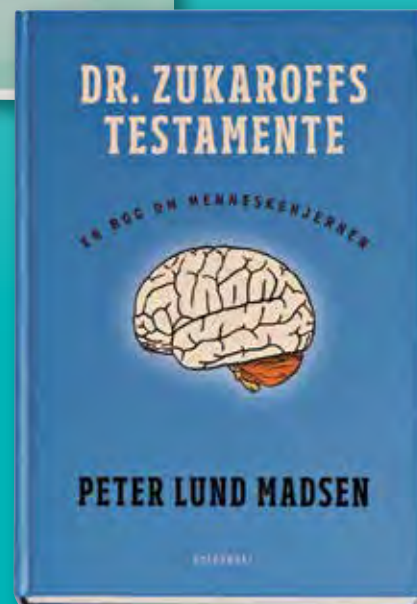
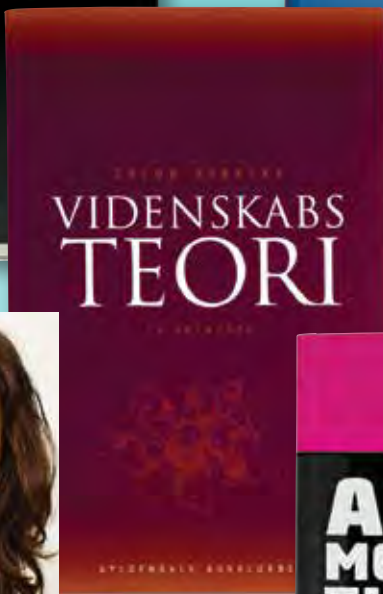
DEDICARE
Vi bemanner med glede

spar op til
598 kr.

på dine fagbøger

Få 2 bøger for kr. 0,-

+ 39 kr.
i porto og eksp.



Få ny inspiration til dit fag og bliv orienteret om tidens vigtigste bøger om sygepleje og sundhed - spar flere hundrede kroner på dine bøger.

Velkommen i Bogklubben for Sundhedsprofessionelle

Anita Egelund

Anita Egelund, redaktør

Meld dig til på Sundhedsprof.dk
klik på Bliv medlem
og brug tilbudskoden: **sundhed**

Velkomstillbud fra:
sundhedsprof.dk

KORT

- 6 Fyret under barsel - fik en halv million i erstatning**
Camilla Cyano blev fyret, mens hun var på barsel. Arbejdsgiveren kunne ikke dokumentere, at fyringen ikke skyldtes graviditeten, og måtte derfor betale erstatning.

TEMA OM ADHD**18 ADHD - ikke kun for børn**

Voksne i behandling for ADHD er eksploderet i antal de sidste 10 år. Læs i dette tema om lidelsen, som kræver en betydelig erfaring i psykiatrisk sygepleje.

20 Man vokser ikke bare fra sin ADHD

Arbejdet med ADHD-ramte voksne er en mangefacetteret sygeplejeopgave. Patienterne skal både have medicin og hjælp til at strukturere deres hverdag.

BAGGRUND**26 PÅ JOB: Skærme giver bedre overblik og færre fejl**

På Plejecenter Hybyhus i Fredericia har de ansatte fået trykbare skærme, der giver hurtig adgang til oplysninger om borgerne og nedbringer antallet af utilsigtede hændelser.

TEMA OM SYGEPLEJEFAGLIG LEDELSE**28 Færre lederposter - flere muligheder**

Antallet af ledere med en sygeplejefaglig baggrund er faldet de seneste 10 år. Det behøver ikke betyde, at sygeplejen taber terræn, men åbner mulighed for at øge fokus på sygeplejen på nye områder.

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION**36 Hver fjerde har problemer med vagtskema**

Mere end 25 pct. sygeplejersker har problemer med at få privatlivet og arbejdslivet til at hænge sammen, viser en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd.

DIAKONISSESTIFTELSEN 150 ÅR**56 Den danske sygepleje begyndte på Frederiksberg**

Diakonisserne lagde for 150 år siden grunden til den moderne sygepleje i Danmark.

57 Dengang vidste man, hvem afdelingssygeplejersken var

Interview med hjælpesøster Edna Mikkelsen.

FAGLIG INFORMATION**60 Behandlersygeplejersker vurderer og behandler borgere i eget hjem**

Erfaringer viser, at borgere og sygeplejersker fra primær sektor har stor glæde af behandlersygeplejerskernes ekspertise.



62 Sociale konsekvenser af at være hiv-smittet må frem i lyset

Mere fokus på de sociale konsekvenser af at være hiv-smittet vil hjælpe unge til et godt liv med en kronisk sygdom.

64 Ph.d.-afhandling: Accelererede operationsforløb ved total hofte- eller knæalloplastik

Pårørende i ældre patienters operationsforløb ved total hofte- eller knæalloplastik har aktive roller.

FAG

66 Det usynlige handicap - en spørgeskemaundersøgelse om kognitive forandringer under og efter kemoterapi

Der mangler viden om, hvordan der kan intervereres, når patient og pårørende nævner problemet om kognitive forandringer under og efter kemoterapi.

75 Identificér følelsesmæssig reaktion på sygdom

Sygeplejerskens samtale med patienten kan måske forebygge, at denne udvikler angst og depression.

TEORI & PRAKSIS

79 Alkoholforebyggelse i hospitalsregi - udfordringer og perspektiver

Den danske alkoholkultur er kompleks, og initiativerne til forebyggelse skal derfor udgøres af forskellige elementer og tilbud.

I HVERT NUMMER

8 Testen

13 Dilemma

14 Historisk

15 Studerende i praksis

34 5 faglige minutter

48 Parentes

50 Boganmeldelser

55 Debat/navne

60 Fagtanker

63 Fra forsker til fag

90 Stillingsannoncer

95 Kurser/møder/meddelelser

98 Kontakt

FORSIDEILLUSTRATION: GITTE SKOV OG DIAKONISSESTIFTELSEN

Sygeplejersker leder sygepleje

At lede, planlægge og koordinere sygepleje er et af sygeplejerskens fire centrale funktionsområder. Som sygeplejersker har vi nemlig uddannelsen til at lede og udvikle faglig forsvarlig sygepleje med inddragelse af patienter og med udgangspunkt i deres behov.

Sygeplejersker har også kvalifikationerne til at planlægge en evidensbaseret sygepleje, og vi har det nødvendige kendskab til sundhedsvæsenets organisering, som skal til for at sikre et sammenhængende forløb.

Sygeplejersker leder sygeplejen - men hvem skal lede sygeplejerskerne?

Det skal kompetente, sygeplejefaglige ledere. Internationale erfaringer viser, at ud over lederuddannelsen har klinisk videreuddannelse betydning for at kunne sætte sig i spidsen for strategisk ledelse af sygeplejen. Som en sygeplejefaglig direktør siger her i bladet, kræver det ofte en sygeplejefaglig baggrund at gennemskue og koordinere de mange forløb, ligesom lederen med den sygeplejefaglige baggrund altid har patienten i fokus.

Hertil vil jeg tilføje, at sygeplejen er en central og helt afgørende profession i sundhedsvæsenet. Derfor er det nødvendigt, at en leder med sygeplejerskebaggrund har det overordnede ansvar for at udvikle kvaliteten i sygeplejen og sikre, at sygeplejerskerne har de kompetencer og ressourcer, der skal til for at løse udfordringerne. Det gælder på hospitalerne, hvor sygeplejen både skal rumme en stærk specialisering og samtidig et større fokus på patientforløbene. Og det gælder i lige så høj grad i kommunerne, hvor sygeplejerskerne får flere og flere sundhedsopgaver, og hvor flere svage patienter i komplekse forløb skal have sygepleje i deres eget hjem. Det kræver faglig ledelse - og det kan sygeplejerskerne levere.



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 21. JUNI

Læs bl.a.:

- Tema om sygeplejersker i TV-serier
- På job: Trykhotel Randers
- Forventninger til livet med en gastric banding

Chefredaktør, ansvarlig
efter medieansvarsloven
**Sigurd Nissen-
Petersen**

snp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4193
Mobil: 4013 3802

Redaktionssekretær
Henrik Boesen

hbo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4189
Mobil: 2121 8770

Redaktionssekretær
Lotte Havemann

lha@dsr.dk
Tlf.: 4695 4179

Journalist

**Susanne Bloch
Kjeldsen**

sbk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4178

Journalist

Mille Dreyer-Kramshøj

mdk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4125

Journalist

Christina Sommer

cso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4108

Fagredaktør

Jette Bagh

jb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4187

Layout

Mathias Justesen

mnj@dsr.dk
Tlf.: 4695 4280

Sekretær

Kurser, møder,

meddelelser

Birgit Nielsen

bn@dsr.dk
Tlf.: 4695 4186

Distribueret oplag

1. januar - 30. juni 2012: 73.184 eksp.
Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:

64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsrabn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret

Tlf. 3315 1555

medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30 Postboks 1084

1008 København K

Tlf. 3315 1555

redaktionen@dsr.dk www.sygeplejersken.dk

ISSN 0106-8350

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning

Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj

Tlf. 7022 4088

Fax 7022 4077

E-mail:

Stillingsannoncer:

dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer:

dsrtekst@dmfnet.dk

Hvis Sygeplejersken

udebliver kan du sende en mail til:

udeblevetblad@dsr.dk Oplys medlemsnummer.

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk
lagring og udgivelse af de faglige artikler i tids-
skriftet.

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materia-
ler, der indsendes uopfordret.

Holdninger, der tilkendes i artikler og andre
indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Syge-
plejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Fyret under barsel - fik en halv million i erstatning

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Camilla Cyano blev fyret, mens hun var på barsel med sønnen Thor. Arbejdsgiveren kunne ikke dokumentere, at Camilla ikke blev fyret pga. graviditeten og måtte derfor betale en stor erstatning.

"Tillykke med fødselsdagen. Kommer du ikke forbi snart? Der er noget, jeg gerne lige vil snakke med dig om."

Sådan lød det, da Camilla Cyano i slutningen af februar 2012 blev ringet op af sin chef på plejehjemmet Johannesgården i København. På det tidspunkt havde Camilla Cyano været på barsel fra sin stilling som souschef i otte måneder.

"Jeg gik ud fra, at hun lige ville vende et eller andet ledelsesrelateret med mig. Men da jeg kom ind på kontoret, fik jeg at vide, at hun ville nedlægge min stilling, hvorefter hun gav mig et officielt brev om stillingens nedlæggelse," siger Camilla Cyano.

Forstanderen udtrykte dog meget stor tilfredshed med Camilla Cyanos arbejdsindsats.

Opgaver fordelt på kolleger

Camilla Cyano ringede til Dansk Sygeplejeråd, der gik ind i sagen. To en halv må-

ned efter afskedigelsen var der forhandlet en god fratrædelsesaftale i stand med Københavns Kommune. Plejehjemmet kunne ikke dokumentere, at afskedigelsen ikke skete pga. Camilla Cyanos barsel. Hun fik derfor fire måneders opsigelse, ni måneders godtgørelse, seks ugers ferie til udbetaling og seks ugers ferie overført til næste ferieår.

Årsagen til, at kommunen var tvunget til at indgå et forlig, var, at stillingen i praksis ikke var blevet nedlagt. Arbejdsopgaverne var i stedet blevet fordelt blandt en række andre ansatte, der var gået op i tid. Da Camilla Cyano chef samtidig havde ytret sig negativt om Camillas graviditet, havde kommunen en endog meget dårlig sag.

Forliget endte med, at Camilla Cyano fik mere end en halv million i godtgørelse for løn og ferie. Og næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Anni Pilgaard, peger på, at afskedigelsessagen desværre ikke er enestående.

"Vi har set en del af de sager igennem de senere år, og det er en meget problematisk udvikling," siger hun.

I dag er Camilla Cyano kommet godt videre og har fået nyt job.

” Det kom helt bag på mig, at jeg blev fyret. Det har aldrig været på tale, at stillingen skulle nedlægges. Det var yderst ubehageligt at sidde med min lille søn og få besked om, at min stilling blev nedlagt.

- Camilla Cyano, sygeplejerske og souschef, som fik erstatning, da hendes arbejdsgiver ikke kunne bevise, at hendes fyring ikke skyldtes hendes barsel.





ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Mandlig sygeplejerske oplever at de ældre damer blandt patienterne kan mere, når han kommer ind til dem, end når det er en kvindelig kollega. Læs artikler om mænd i sygeplejen side 46.

Smertefuld amning forskrækker

Billedet af en mor med sit ammende barn ser udefra så fredfyldt ud. Men amning kan være yderst smertefuld, og forskrækkelsen over smerten kan få nybagte mødre til at opgive at amme deres barn.

Else Guldager, sundhedsplejerske, Ph.d. i sundhedsvidenskab og faglig redaktør på sundhedsplejersken.dk, vurderer i Politiken, at 90 pct. af de ammende oplever ømhed de første par dage, og for næsten halvdelen er amningen decideret smertefuld over en længere periode. Hun anfører i avisen, at det er vigtigt, mødrene er forberedt på, at amningen kan være svær og smertefuld.

Resultaterne af den nyeste landspatientundersøgelse fra Regionerne - som omtales på side 12 - viser tillige, at en tredjedel af nybagte mødre var i tvivl omkring amning og ernæring af barnet, da de blev udskrevet fra hospitalet.

(lha)

Usunde kostvaner går i arv

Som forældre, så børn. Drengene af kortuddannede forældre spiser mest usundt. En ny undersøgelse fra DTU Fødevareinstituttet viser, at mænd med kort uddannelse har de mindst sunde kostvaner, mens kvinder med lang uddannelse spiser sundest. Undersøgelsen havde til formål at afdække evt. sociale forskelle i kostvaner - hos både børn og voksne. Overordnet blev resultatet, at lang uddannelse er lig med sund kost. Jo længere uddannelse, jo sundere kostvaner. Kortuddannede spiser generelt mindre frugt og grønt, mindre fisk, men mere smør og margarine. Samtidig drikker de mere sodavand og spiser færre kostfibre. De dårlige kostvaner smitter af på børnene og ser ud til at slå mere igen-

nem hos drenge end hos piger. Over halvdelen af børnene får ikke de anbefalede mængder af frugt og grønt. Det gælder børn af både kort- og langtuddannede forældre.

(ah)



Indbydende hospital vendte patienttilfredshed

TEKST: BIRGIT BRUNSTED

Gentofte Hospital har været gennem en gennemgribende forandring mht. brugervenlighed, æstetik og mad. Patienterne har kvitteret med nu at være Region Hovedstadens mest tilfredse.

På Gentofte Hospital ved man, det er vigtigt, at patienterne har tillid til, at de får den rette behandling. Men man ved også, at alt det, der sker i hele forløbet - fra første kontakt med hospitalet, til patienten sidder i venteværelset eller ligger i sin seng - har stor betydning for udkommet.

Derfor har hospitalsdirektør Eva Zeuthen Bentsen sat gang i en større *make-over* af hospitalet, både på de ydre og de indre linjer, som har resulteret i et langt mere indbydende og tilgængeligt hospital.

Grimme bygninger er væk eller renoveret, det er blevet lettere at finde rundt på

det notorisk vanskeligt overskuelige hospitalsområde, og man har endda ansat fire personer, der går rundt og hjælper patienter og pårørende med at finde vej. Venteværelser er blevet mere indbydende, der er kunst på væggene, hospitalet har fået en ny café og butik, og når patienter ringer til hospitalet, bliver telefonen taget inden for et minut.

Indsatsen, der skulle få patienterne til at føle sig velkomne og trygge på hospitalet, har givet pote. Fra tidligere tiders lave patienttilfredshed er Gentofte Hospital nu oppe på en patienttilfredshed på over 90 pct., Region Hovedstadens højeste.

En kulturel proces

"Vi startede ud fra to hensyn: De dårlige tal var en konkret udfordring, men det var lige så meget en del af en kulturel proces, et af vores strategiske indsatsområder,

som vi syntes var afgørende," siger Eva Zeuthen Bentsen.

Hun mener, det er vigtigt, at en hospitalsdirektør ikke kun interesserer sig for økonomi og politik, men også for driften:

"Som direktør skal du have en meget bred interesse for, hvad der foregår i organisationen."

Maden har også fået et gevaldigt løft.

"I de senere år har vi satset på, at alt bliver lavet fra bunden. Brødet er hjemmebagt, og vi har egen slagter, bager, konditor og kok. Det er mere restauration end kantine," siger Eva Zeuthen Bentsen og tilføjer, at tiltagene også er en fordel for personalet:

"Det er en utrolig god proces, at man er ansat på et sted, hvor der er klare mål for, hvad man skal gøre. Det giver personalet en stolthed, det er godt at være på en arbejdsplads, der bliver talt positivt om."

TESTEN

Kan du dit fagblad? Vær med i lodtrækningen om et gavekort til Magasin til en værdi af 250 kr. Vi trækker lod blandt de indsendere, som har svaret rigtigt på flest spørgsmål. Du finder alle svar i dette nummer af Sygeplejersken.

1. Hvor mange pct. af befolkningen skønnes at lide af ADHD?

- a. 2-4 pct.
- b. 3-5 pct.
- c. 5-6 pct.

2. Hvor mange pct. er andelen af ledende sygeplejersker på sygehuse faldet fra 2007-2012?

- a. 10 pct.
- b. 13 pct.
- c. 17 pct.

3. På Plejecenter Hybyhus i Fredericia har de ansatte fået nye trykbare skærme. Hvilken særlig fordel giver skærmene?

- a. Færre museskader.
- b. Færre utilsigtede hændelser.
- c. De nye skærme er mere hygiejniske.

4. Der er kun få pct. af danske sygeplejersker, som er mænd. Hvor mange pct. mandlige sygeplejersker er der i Italien?

- a. 10 pct.
- b. 20 pct.
- c. 25 pct.

5. Hvor højt er det årlige alkoholforbrug i Danmark per dansker over 14 år?

- a. 9,4 liter ren alkohol.
- b. 11,3 liter ren alkohol.
- c. 14,3 liter ren alkohol.

Send dit svar til: testen@dssr.dk senest den 10. juni. Kun medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan deltage i lodtrækningen. Vinder af Testen i Sygeplejersken nr. 6 blev Else Marie Jørgensen. De rigtige svar var: 1: b, 2: a, 3: b, 4: b, 5: c.

(sbk)



ARKIVFOTO: SCANPIX

Sygeplejersker vil ledes af sygeplejersker

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Ny analyse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at sygeplejersker ønsker at have en fælles faglig platform med deres nærmeste leder. "Min leder skal forstå, hvad vi taler om i forhold til det faglige og udviklingen af faget," lyder det f.eks. fra en sygeplejerske, der har deltaget.

Sygeplejersker vil have en leder, der taler samme sprog som dem selv, og som også selv kan gå ind i arbejdsopgaverne, hvis det er påkrævet. Det viser en ny spørgeskemaundersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd. 1.002 regionale sygeplejersker og 336 kommunale sygeplejersker deltog i undersøgelsen.

Danske sygeplejersker foretrækker med andre ord, at deres nærmeste ledere har en sygeplejefaglig ballast. En sygeplejefaglig uddannelse er f.eks. afgørende, hvis de skal kunne sparre med chefen om konkrete sygeplejefaglige opgaver. Eller for at sikre og initiere faglig udvikling på arbejdspladsen.

Hovedparten af de regionale (94 pct.) og kommunale (83 pct.) sygeplejersker har en nærmeste leder med en sygeplejefaglig baggrund. 90 pct. af de regionalt ansatte sygeplejersker og 85 pct. af de kommunalt ansatte mener ifølge analysen, at det er vigtigt, deres nærmeste leder har en sygeplejefaglig uddannelse.

” Det er helt afgørende, at lederen kan sætte sig ind i de konkrete udfordringer, som medarbejderne står med. Og det kræver altså både en sygeplejerskeuddannelse og også gerne en videreuddannelse i den kliniske praksis at kunne sparre og rådgive medarbejderne, samtidig med at der bliver sat retning på udviklingen. Den faglige forståelse er hovedårsagen til, at sygeplejersker vil ledes af sygeplejersker.

Læs tema om sygeplejefaglig ledelse side 28.



FOTO: ISTOCK

I en lederanalyse er også lederne blevet spurgt om deres holdning til ledelse og lederrollen. 1.157 regionale og 712 kommunale ledere deltog i den del af Dansk Sygeplejeråds analyse.

Her angiver et overvejende flertal af lederne fra begge sektorer, at de bruger deres sygeplejebaggrund til at vurdere behovet for kompetenceudvikling hos medarbejderne. Den fagspecifikke viden udnyttes også, når lederne skal samarbejde med andre specialister og faggrupper.

Christina Holm-Petersen, som er seniorprojektleder, ph.d., hos KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning), har forsket i offentlig ledelse, og hun oplever, at interessen for faglig ledelse er stigende.

”Der har i en årrække været en tendens til, at ledere skulle være generalister, som i princippet var uddannet til at kunne lede enhver virksomhed. Nu svinger pendulet mod en erkendelse af, at faglig ledelse er vigtigt for at sikre kvalitet i ydelsen. Lederen skal ikke bare administrere og sikre, at medarbejderne møder op. Lederen skal qua sin egen faglige baggrund understøtte og inspirere medarbejdernes faglighed. Det er afgørende for at sikre en fortsat faglig udvikling,” siger Christina Holm-Petersen.

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, er enig:

Norske mænd vilde med omsorg
Nordmændene har haft så stor succes med deres projekt ”Menn i Helsevesenet” i Trondheim, at den norske sundhedsminister nu vil udbrede det til resten af landet. Forsøget startede i 2010 med det formål at skaffe flere mænd til omsorgsfagene. Og foreløbig er 41 påbegyndt en decideret sundhedsuddannelse, fortæller bladet Sykepleien. Sundhedsminister Jonas Gahr Støre lancerede for nylig en plan for, hvordan Norge skal håndtere den fremtidige ældrebølge. ”Mænd repræsenterer måske den største uudnyttede ressource i pleje- og omsorgssektoren. Det er urealistisk at forestille sig, at fremtidens omfattende omsorgsopgaver vil kunne løses, uden at den mandlige halvdel af befolkningen i større grad lader sig rekruttere til omsorgsfagene,” siger han til Sykepleien.

Græske børn sulter

Den økonomiske krise i Grækenland får stadig nye og alvorlige konsekvenser for befolkningen. Med over 27 pct. arbejdsløse er det for mange familier blevet svært at få råd til mad, og de offentlige myndigheder ser et stigende antal underernærede børn. ”Når det kommer til fødevarer, er Grækenland nu faldet til samme niveau som nogle afrikanske lande,” siger en talsperson fra University of Athens Medical School til New York Times.

Gravide briter får rygetest

The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i England har mødt kritik, efter at landets medier har skrevet, at instituttet ønsker, at alle gravide skal tage en kullitetest for at se, om de ryger. Samtidig opfordrer NICE til, at alle samtaler om et eventuelt rygestop skal fremgå af moderens journal, skriver The Sunday Times. NICE understreger, at testen ikke er obligatorisk, men er et tilbud til kommende mødre, mens kritikkerne mener, at mødrene kan føle sig forpligtet til at tage testen og opfatte det som en straf.

PsyInfo-center i København

Under sloganet "Viden der får dig videre" har Københavns nye PsyInfo slået dørene op i det indre København, tæt på Nørreport Station. Bag informationscenteret står Region Hovedstaden, som ved at være synlige i gadebilledet ønsker at aftabuisere psykisk sygdom. Borgerne kan gå direkte ind fra gaden og anonymt få information, råd og vejledning om alle kroge af psykiatrien og psykisk sygdom. Indenfor står fire medarbejdere klar til at fortælle om symptomer, årsager, behandling og om at leve med psykisk sygdom.

Ny app advarer mod solen

Skygge, solhat og solcreme. Sådan lyder rådet fra en ny sol-app, så snart UV-indekset har passeret 3. Så er der nemlig risiko for at blive solskoldet, hvis man opholder sig længe i solen uden beskyttelse. Den ny app hedder UV-indeks og er udviklet af Kræftens Bekæmpelse og TrygFondens Solkampagne i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Miljøstyrelsen. Appen er gratis og kan hentes til både iPhone og Android.

Kræftpatienter dør af underernæring

Mellem 20 og 30 pct. af alle kræftpatienter dør ikke direkte af deres kræftsygdom, men af komplikationer forårsaget af underernæring, viser tal fra Verdenssundhedsorganisationen, WHO, ifølge Politiken. Landets kræfteksperter efterlyser derfor lægelige retningslinjer for ernæring. Ifølge en undersøgelse gennemført af Kræftens Bekæmpelse blandt kræftpatienter i lindrende behandling, oplever hver tredje at få utilstrækkelig hjælp til ernæring. Kræftens Bekæmpelse mener, at ernæringen bør prioriteres på lige niveau med den medicinske behandling, og den holdning støttes af sundhedsminister Astrid Krag (SF).

Mindre stressende scanninger

Hvert år udfører Radiologisk Afdeling på Herlev Hospital omkring 228.000 undersøgelser som røntgenundersøgelser, ultralydsscanninger og MR-scanninger. Langt fra alle forløber dog problemfrit, da det at blive scannet kan være skræmmende for både børn og voksne. Det kan resultere i stress og angst hos patienter samt scanninger, som må aflyses. Derfor har Herlev Hospital som det første i Danmark investeret i et nyt scannings-

miljø kaldt Ambient Experience i forbindelse med installationen af en ny MRI-scanner, som indvies den 10. juni 2013. I det nye miljø, der har dokumenteret angstreducerende effekt på patienter, kan børn blive underholdt af børnemotiver med lyd, lys og animationer eller tegnefilm, mens de bliver scannet, mens voksne bliver omsluttet af afslappende lyd og lyseffekter, som afleder og beroliger.

(cso)

” Ofte føler de bare ikke sult og giver derfor ikke selv udtryk for et behov. Der skal sygeplejerskerne blive bedre til at spørge ind, og der vil klare retningslinjer være en stor hjælp.

- Bell Møller, sygeplejerske, medlem af fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, i Politiken 22. maj 2013, om kræftpatienter, som indirekte dør af underernæring og ikke af deres kræftsygdom.

Indvandrermedicinsk klinik på Hvidovre

Indvandrere og flygtninge risikerer at strande i det danske sundhedsvæsen, hvis der ikke tages hensyn til de særlige behandlingsbehov, som mange af dem har. En del af dem lider f.eks. af traumer, søvnløshed eller hukommelsesbesvær. Omvendt kan de i visse tilfælde være svære at hjælpe, fordi de pga. tortur og forfølgelse har dårlige erfaringer med myndigheder.

Den situation skal en ny indvandrermedicinsk klinik på Hvidovre Hospital nu råde bod på. Her vil patienten få en helhedsorienteret behandling ud fra individuelle behov. Klinikken vil således trække på bistand fra forskellige medicinske specialer, psykiatriske afdelinger

m.fl. Den får desuden et tæt samarbejde med patienternes egne læger og en række kommunale og sociale myndigheder og institutioner. Heriblandt Center for Transkulturel Psykiatri og Forskningscenter for Migration, Etnicitet og Sundhed.

Klinikken skal fungere som et videnscenter med forsknings- og undervisningsfunktion. En lignende klinik eksisterer allerede på Odense Universitetshospital.

Patienter skal henvises til den indvandrermedicinske klinik fra egen læge eller fra hospitalsafdelinger i Region Hovedstaden.

(ah)

10.000 svenske kroner for en sygeplejerske

Sygeplejerskemanglen i Uppsala er nu så udtalt, at svenskerne tager utraditionelle metoder i brug. Den, som kan skaffe en sygeplejerske til Akademiska Sjukhuset i Uppsala, kan således sikre sig en kontant belønning på 10.000 svenske kroner. Den sygeplejerske, der flytter sin sommerferie, får ligeledes en bonus på 10.000 svenske kr. De kontante tiltag er en del af flere, som sygehuset har taget i brug for at løse bemandingsproblemerne i sommerperioden. Akademiska Sjuk-

huset har tidligere haft succes med at skaffe medarbejdere via økonomisk bonus, fortæller Dagens Sjukskötarska.

Formanden for det svenske sygeplejerskeråd Vårdförbundets lokalafdeling i Uppsala, Monica Hedström Carlsson, tror ikke på sygehusets løsning. "Det havde været bedre at satse på startlønningerne og et godt arbejdsmiljø," siger hun til Uppsala Nya Tidning.

(ah)

FOTO: ISTOCK

DEN LEDENDE SYGEPLEJERSKE

DAGENS **Medicin**

TILMELD DIG PÅ
www.fyi.dk/dls

FRA NUTID
TIL FREMTID

KONFERENCE
DEN 29. & 30. AUGUST 2013

KØBENHAVN – PARK INN BY RADISSON HOTEL



KEY-NOTE: Betinna W. Rennison, ph.d., cand. scient, adm., CBS

PARTNER:

ALECTIA

Hvad kræves der af den ledende sygeplejerske anno 2020?

Fra krydspres til kreativ polyfoni – sådan sætter du dig selv i spidsen for tværfaglig opgaveløsning

Sådan kan forskellene på offentlige og private hospitaler inspirere begge parter til at opnå bedre performance

High Performens Team - skab engagement og motivation for dine medarbejdere

PANELDEBAT: Hvad skal ændres ved nutidens opgaveløsning for at kunne tilfredsstille fremtidens sundhedsvæsen?

FYI For Your Information

Danske patienter er punktvist utilfredse

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Ambulante patienter er mest tilfredse med deres forløb, viser den nyeste Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser, LUP. Der er dog et stort forbedringspotentiale bl.a. på behandlingen af fødende.

Danske somatiske patienter er overvejende tilfredse patienter. Og det uanset om de er indlagt på sygehuset eller kommer til ambulante behandling. Mere end ni ud af 10 erklærer sig tilfredse eller meget tilfredse.

Men der er også enkelte dråber malurt i bægeret, bl.a. er 40 pct. af de adspurgte indlagte patienter utilfredse/meget utilfredse med personalets håndtering af fejl.

Det viser Den Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser, LUP, som i slutningen af april offentliggjorde resultatet af sin årlige spørgeskemaundersøgelse blandt patienter på offentlige og private sygehuse (hvor behandlingen blev betalt af det offentlige, red.). I alt 135.000 patienter har deltaget i LUP

2012, der blev gennemført fra august til oktober i fjor.

Resultaterne svarer nogenlunde til 2010 og 2011, hvor langt størstedelen af patienterne også havde et positivt samlet indtryk af deres indlæggelser eller deres besøg i ambulatoriet.

Overordnet set er patienterne i Region Midtjylland og Region Nordjylland de mest tilfredse, mens patienterne i Region Hovedstaden er de mest utilfredse.

Formanden for Danske Regioner, Bent Hansen, er særlig tilfreds, fordi hans egen region, Region Midtjylland, er landets bedste til at håndtere de ambulante patienter. Han lover, at regionen vil gøre alt for, at de indlagte patienter også er lige så tilfredse ved næste års undersøgelse.

LUP har for første gang opgjort de fødendes oplevelser i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Undersøgelsen viser, at der mange steder er basis for forbedring specielt i perioden efter fødslen.

Her er hver tredje kvinde i tvivl om amning/ernæring af barnet efter hjemkomst fra fødestedet. Næsten hver femte kvinde angiver, at hun ikke har fået den hjælp til amning på sygehuset, hun havde brug for.

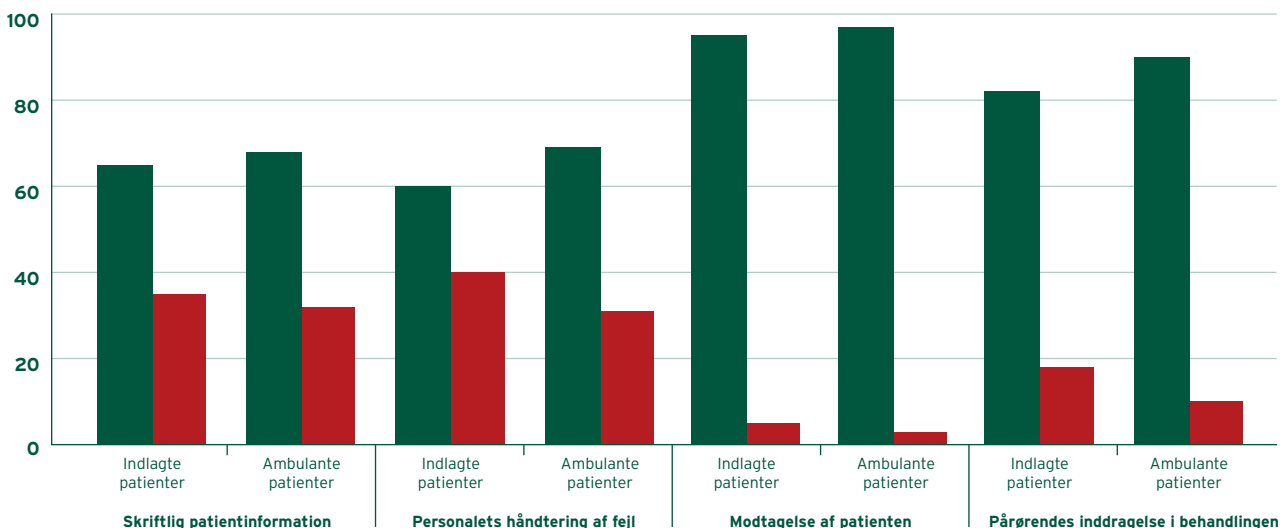
40 pct. af kvinderne har ikke haft en samtale om fødselens forløb. Og en næsten lige så stor andel af de kvinder, der bliver sendt hjem indenfor 24 timer, er ikke blevet kontaktet af sygehuset efter udskrivelsen. Ofte har flergangsfødende flere positive oplevelser end førstegangsfødende. Det samme gælder de kvinder, som har født til tiden, og dem, der føder vaginalt, i forhold til kvinder, der føder før tid, og dem, der føder ved akut kejsersnit.

I alt oplever 31 pct. af kvinderne fejl på et tidspunkt i forløbet. Det handler bl.a. om manglende information, manglende personalekontakt og kontinuitet, fejlurdering og uopdagede skader. Desuden oplever de, at de ikke bliver taget alvorligt endsige lyttet til.

Patienttilfredsheden varierer

Selv om 93 pct. af de indlagte patienter og 96 pct. af de ambulante patienter i Den Landsdækkende undersøgelse af Patientoplevelser har et "godt" eller "virkelig godt" samlet indtryk af deres hospitalsophold eller besøg i ambulatoriet, afslører undersøgelsen forskellige tilfredshedsgrader. Diagrammet her viser positive og negative patientoplevelser med fire udvalgte faktorer.

😊 Positive 😞 Negative Positive=positive og meget positive Negative=negative og meget negative



Delt opmærksomhed

TEKST: JETTE BAGH, FAGREDAKTØR

Vera på 15 måneder skal MFR 1-vaccineres hos familielægen. Veras mor, Lotte, er sygeplejerske, så hun observerer flittigt, hvad der sker hos lægen. Stor er hendes forbavselse, da konsultationssygeplejersken, en kvinde i slutningen af trediverne, tager imod med hvide høretelefoner i ørerne. Hun taler tilsyneladende med en veninde, for det handler om en middagsaftale førstkommende lørdag - og er det med eller uden børn? Konsultationssygeplejersken tager vaccinen ud af køleskabet og vaccinerer Vera. Hun siger efterfølgende farvel til Lotte uden på noget tidspunkt at tage høretelefonerne ud af ørerne. Vera bliver efterfølgende trøstet på moderens arm.

Lotte overvejer. Er det hende, der er gammeldags og synes, at en ordentlig kontakt foregår uden konkurrerende lyde og en privat samtale i ørerne?

Eller er tiden sådan, at sygeplejen ligesom så meget andet bliver udøvet med en telefon i lommen og hvide ledninger ud af hovedet? Skal man som patient og borger bare vænne sig til det?

Læs, hvad to sygeplejersker med særlig interesse for etik mener om spørgsmålene.

Svar 1. En mellemmenneskelig handling, der forvolder skade eller ikke gavner medmennesket, kan i det etiske perspektiv i nogle tilfælde forsvares med, at hensigten var, at man ville den anden det gode. Resultatet blev så bare anderledes, end den udførende part havde forventet eller håbet.

I dette tilfælde er det svært at forestille sig, hvilke overvejelser konsultationssygeplejersken har gjort sig for at tilgodese nærværet i mødet ved at tale privat i telefon, mens der gives en injektion. Hvordan skulle intentionen kunne være at ville gavne barn eller mor? Sansningen i mødet har umulige vilkår, og vilkårene er skabt af sygeplejersken selv. Det er ikke travlhed eller akut arbejde, der forstyrrer mødet, nærværet og opmærksomheden.

Uanset om handlingen betragtes i det nærhedsetiske, pligtetiske eller konsekvensetiske perspektiv, viser den disrespekt i mødet med den anden og kan således betegnes som uetisk med de oplysninger, casen giver.

Af Dorte E.M. Holdgaard, oversygeplejerske, exam.art., SD, MPA, formand for den lokale etiske komité ved Aalborg Sygehus.

Svar 2. Man tror næsten ikke sine egne øjne, når man læser dette dilemma. Ingen personer indbefattet sygeplejersker kan opføre sig så uengageret i sin arbejdsmæssige opgave.

Lægger man en sygeplejefprofessionel vinkel på oplevelsen, finder jeg ikke, at sygeplejehandlingen er udført med særligt øje på omhu og samvittighedsfuldhed. Patientsikkerhed ses heller ikke; ingen kontrol af patientens identitet eller tagen oplysninger om evt. allergier og endelig total udeblivelse af empatisk og omsorgsfuld adfærd.

Rent etisk vises ingen respekt for hverken Vera eller Lotte. Nej, Lotte skal ikke vænne sig til en "ny adfærd" inden for sygeplejen. Sygeplejen skal stadig stå ved sin kerneværdi om nærvær og omsorg i mødet med patienten.

Man undrer sig over, at en patientrelateret arbejdsplads kan tillade, at personalet i den grad udviser dårlig adfærd og disrespekt overfor patienterne.

Jeg kunne ønske mig, at Lotte ved næste børneundersøgelse lod et ord falde til lægen om denne oplevelse, og at lægen efterfølgende taler med personalet om etisk adfærd i den professionelle verden.

Af Edel Kirketerp, oversygeplejerske, MEVO, Børneafdelingen, Kolding Sygehus, medlem af Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser



Har du et dilemma, du gerne vil have belyst? Send det til fagredaktør Jette Bagh på jb@dsr.dk. Det må højst fylde 900 tegn uden mellemrum. Husk navn og medlemsnummer på din mail.

Lys over sygeplejen

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ

"Uden at forklejne Mændene kan man også spørge, om Mænd vil egne sig ligesaa godt til Sygepleje som Kvinder." Sådan skrev en kvinde i Aarhus Stiftstidende i 1950, da de første mænd startede som sygeplejeelever. Men de mandlige sygeplejerskers historie begynder langt tidligere end det.



FOTO: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM

Lægen Niels Finsen opdagede for mere end 100 år siden, at lys havde en gavnlig effekt på syge mennesker.

Dengang

Behandling af syge med sollys har været kendt siden oldtiden, men i Danmark er især én læge kendt for at begynde at forske i og for alvor systematisere lysbehandlingen. Finseninstituttets grundlægger, den færøskfødte læge Niels Finsen (1860-1904), vandt i 1903 Nobelprisen i medicin for sit arbejde med brug af lysterapi i behandlingen af patienter med hudtuberkulose. Allerede som student begyndte han at interessere sig for lysets virkning på levende organismer, og de første studier udsprang af hans egen nys-

gerrighed efter at vide, hvordan solen påvirkede dyr og mennesker. Det gjorde han bl.a. ved at tegne en sort streg på sin underarm og notere, hvordan huden blev påvirket af solskoldning der, hvor strengen ikke havde været.

Senere i 1896 oprettede han Finsens Medicinske Lysinstitut, hvor han og hans såkaldte "lysalfer" i perioden 1896-1904 behandlede næsten 1.300 danske og udenlandske patienter. Lysalferne var alle yngre kvinder, som fik tre års oplæring på instituttet. Lysalferne og Niels Finsen behandlede patienterne med sollys og kulbuelys, og behandlingerne blev så stor en succes, at han udvidede sin stab fra begyndelsen seks til 50 lysalfer i 1903.

Niels Finsen var selv ofte syg og led bl.a. af demenssygdommen Picks og bugvattersot. Han døde som 43-årig, kun otte måneder efter han havde modtaget Nobelprisen.

Nu

Lys skal hjælpe patienter på Psykiatrisygehuset i Region Syddanmark. Regionen har besluttet, at fremtidens behandling af de psykiatriske patienter skal ske ved at ændre på lyset. Det vil bl.a. betyde, at der skal installeres nyt lys, der følger døgnrytmen, og at der skal udvikles et særligt lys, der kan bruges til at behandle depressioner, demens og skizofreni. På intensivafdelingen på Kolding Sygehus har man siden 2010 forbedret arbejdsmiljøet på afdelingen ved at indføre døgnrytimestyret lys. Her skifter lyset nuancer syv gange i døgnen fra stærkt rødt lys om natten til blå og grønt lys om dagen, og det har betydet, at de ansatte oplever bedre trivsel, og at de lettere falder i søvn og sover bedre end tidligere. Afdelingen startede i februar i år et nyt forskningsprojekt, som skal dokumentere fordelene ved lyset.

"Vi er slet ikke i tvivl om, at det virker. Nu skal vi bare bevise det," siger intensivsygeplejerske Tina Damgaard Thomsen i en pressemeddelelse fra Sygehus Lille-



ARKIVFOTO: NILS LUND PEDERSEN

Lyset har også betydning for det arbejdende menneske. På Kolding Sygehus har bevidste skift i lysets farver forbedret arbejdsmiljøet på en afdeling.

bælt. Hendes kollega, intensivsygeplejerske Jette West Larsen, oplever også, at lyset har fordele. Hun siger i samme pressemeddelelse:

"Man kan sige det sådan, at før var det bare belysning, men nu er det en medspiller i både behandlingen og medarbejderens trivsel."

Kilder: Politiken 7. juni 2003, Steno Museets Samlinger, Gyldendals åbne encyklopædi, Videnskab.dk, Dansk Sygeplejehistorisk Museum og Sygeplejersken 15/2011.

Personale skal spotte mænd med depression

60.000 mænd med depression får ikke den behandling, de har brug for. I Jyllands-Posten opfordrer Svend Aage Madsen, chefspsykolog på Rigshospitalet, derfor læger og andet sundhedspersonale til at have større fokus på at opdage psykiske problemer hos mænd. Han mener, der er behov for efteruddannelse af sundhedspersonale i at samtale med mænd:

"Læger og ansatte i plejesektoren skal være meget konkrete i deres måde at spørge ind til problemet på. Det nytter ikke noget at spørge, hvordan de har det. Og så bør diagnosticeringen foregå uden at fratage mænd deres selvbestemmelse. Ingen mænd har lyst til at lægge sig fladt ned. Indflydelse på deres egen situation og have anvist nogle handlemuligheder."

STUDERENDE I PRAKSIS

Kliniske retningslinjer versus "plejer"

AF LINDA VAD BENNETZEN, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 10, VIAUC, AARHUS

En sygeplejestuderende bringer en hyldest til kliniske retningslinjer. Hun har oplevet store variationer i plejen, f.eks. ved indgivelse af sondemad, og mener, at retningslinjerne vil gøre plejen mere ensartet og jobskifte lettere.

Jeg har i min tid som sygeplejestuderende været på mange sengeafdelinger, både i forbindelse med praktikken, men også som vikar adskillige steder. Som studerende finder jeg det interessant at opleve, hvordan forskellige afdelinger fungerer. Der er ofte forskel i både organisering af arbejdet og måden, procedurer udføres på.

Jeg har været i situationer, hvor der var en konflikt mellem den måde, jeg havde lært at udføre en procedure på, og det, som var standard på afdelingen. F.eks. har jeg oplevet, at proceduren omkring sondemad (lejring af patienten, undersøgelse af sondens placering m.m.) kan variere en del afdelinger imellem. Det har i mit tilfælde ført til en uheldig situation, hvor en pårørende spurgte til, hvorfor jeg gav sondemad anderledes end resten af personalet (jeg eleverede hovedgærdet 45 grader, inden jeg gav sondemaden, hvilket det øvrige personale ikke gjorde). Det er et dumt dilemma at stå i. Skal man forsvare sin egen måde at gøre tingene på, som man mener er fagligt velbegrunder, hvis man dermed indirekte sætter sine kollegaer i et dårligt lys? Man risikerer, at pårørende og patient mister tillid til personalet og føler sig utrygge ved plejen. Men omvendt er det svært at gøre noget, man ikke fagligt kan stå inde for, selv om det er det, man plejer at gøre på denne afdeling.

Jeg har også prøvet at stå som pårørende og opleve, hvordan min venindes CVK blev behandlet forskelligt alt efter, hvilket sygehus hun var indlagt på. Det ene sted brugte personalet sterile handsker og masser af spritswaps. Det andet sted brugte personalet almindelige handsker og ingen spritswaps. Begrundelsen for forskelle i procedure var "sådan plejer vi at gøre her". En ikke særligt betryggende begrundelse, når man er en meget bekymret pårørende.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Som studerende ser jeg fordele i at have nationalt gældende kliniske retningslinjer. Det vil gøre det nemmere som plejepersonale at skifte afdeling og stadig være fuldt indforstået med, hvordan plejen skal udføres. Samtidig - og meget vigtigt - vil det gøre patienter og pårørende mere trygge, da de vil få en mere ensartet pleje, uanset hvilken afdeling de er indlagt på.

Er du sygeplejestuderende, og har du oplevet en situation, hvor du lærte noget af en patient, en pårørende eller en fagperson i sundhedssektoren, så skriv til os. Send din historie til jb@dsr.dk. Den må højst fylde 2.000 tegn uden mellemrum. Du får 500 kr., når din historie bliver bragt i Sygeplejersken.

ANNONCE

Milk. A Force of Nature.

Mælk indeholder en pakke næringsstoffer, som bl.a. inkluderer calcium. Du har derfor mange gode grunde til at anbefale mælk – som del af en sund kost!

Spis positivt



Vi mener, at de bedste kostråd er dem, der handler om hvad vi gerne må, og om hvad der er godt og sundt. Lad os spise positivt og fokusere på det gavnlige!



En kombination



Som sundhedsfaglig person kender du sikkert godt til mælkens gode indhold af calcium, protein, kalium, fosfor, B2- og B12-vitamin, men vidste du også, at mælk er en af de eneste fødevarer, der indeholder så mange forskellige næringsstoffer i samme produkt? Det er en helt enestående kombination, og det er derfor, forbrugere ikke "bare" kan erstatte mælk med en kalktablett eller f.eks. en calciumberiget soyadrik.

Undervurderet fødevarer



Mælk er på mange måder en lidt undervurderet fødevarer. Nogle tror, at den er fedende – andre tænker, at mælk kun er noget for børn – og ofte tænker folk slet ikke over alle de naturlige næringsstoffer, vi kan få ved at vælge de rigtige fødevarer.

Mange varianter

I dag findes der et væld af fedtreducerede alternativer af både mælk og mælkeprodukter, så den første mistanke om, at mælk feder, er nem at skyde ned.



God til både store og små

Det er også vigtigt at huske på, at mælk ikke kun er godt for børn. Faktisk er mælk vigtigt, uanset hvor gammel du er. Det skyldes blandt andet det

høje indhold af calcium og protein, som er med til at genopbygge vores knogler og vores muskler, og da vores væv nedbrydes og opbygges igennem hele livet, er det vigtigt med en kontinuerlig tilførsel af de vigtige stoffer.

Masser af næringsstoffer

Når vi indtager mad og drikke, er det i høj grad for madens gode smag, for hyggen, og selvfølgelig fordi vi er sultne.

Men hvis dét vi indtager både smager godt og indeholder vigtige næringsstoffer, som for eksempel mælken, så er det vel bare et plus?

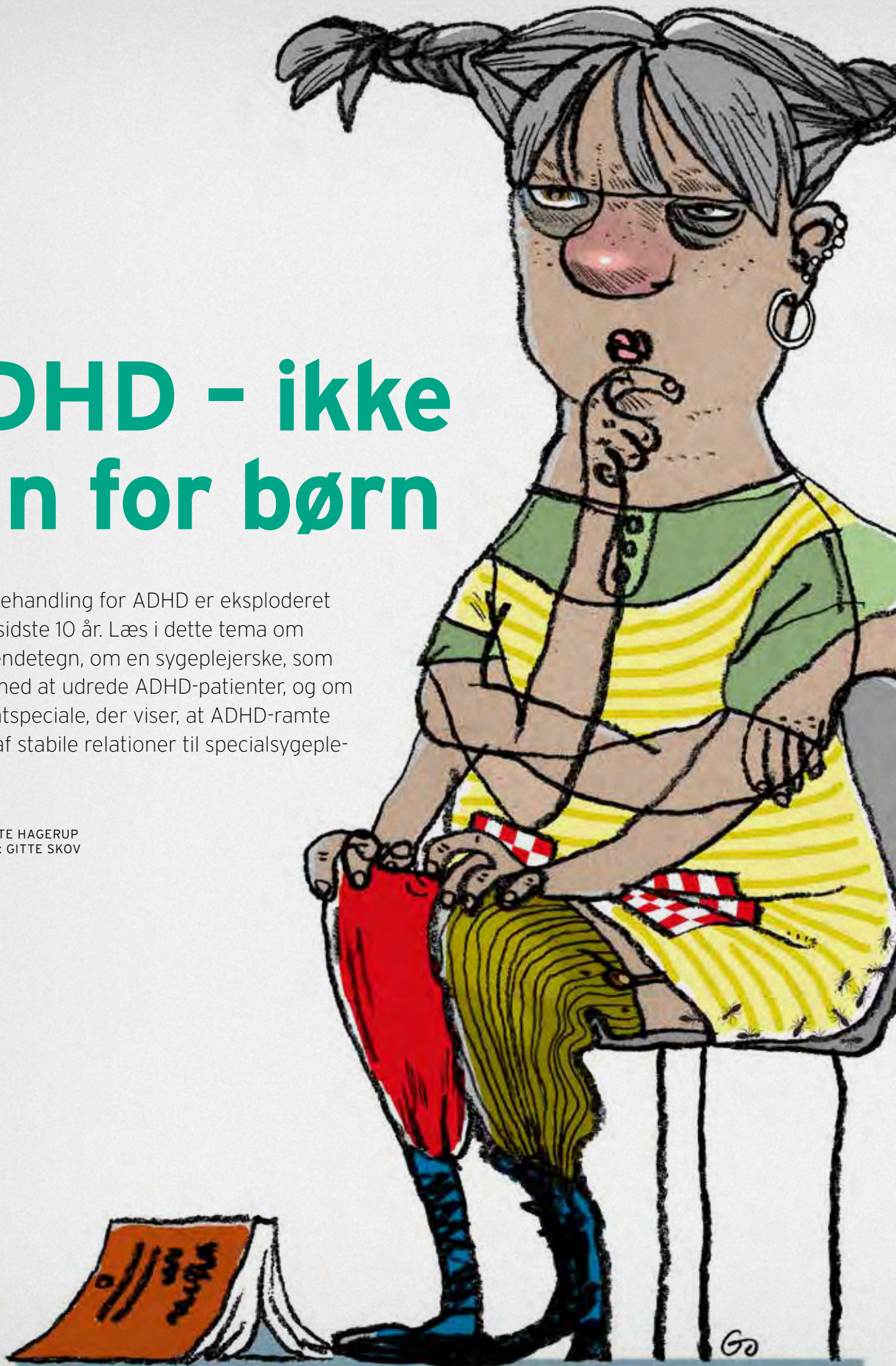
Det synes vi i hvert fald, og det er derfor, vi slår et slag for mælken, og opfordrer danskerne til at få flere af de næringsrige mejeriprodukter.



ADHD - ikke kun for børn

Voksne i behandling for ADHD er eksploderet i antal de sidste 10 år. Læs i dette tema om ADHD's kendetegn, om en sygeplejerske, som arbejder med at udrede ADHD-patienter, og om et kandidatspeciale, der viser, at ADHD-ramte har gavn af stabile relationer til specialsygeplejersker.

TEKST: ANNETTE HAGERUP
ILLUSTRATION: GITTE SKOV





Hvorfor får man ADHD?

ADHD kan skyldes flere forhold:

- Arv (60-80 pct. af variationen menes at skyldes arv)
- Uheldige påvirkninger i graviditeten som f.eks. alkohol og infektioner
- Meget små eller for tidligt fødte spædbørn
- Hjerneskader opstået i de første leveår

Kilde: Netdoktor.

Man vokser ikke bare fra sin ADHD

TEKST: ANNETTE HAGERUP • ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Sig "ADHD", og billedet af en urolig, ukoncentreret skoledreng dukker op for det indre blik.

Men ADHD er ikke noget, man bare vokser fra. ADHD er også et problem for mange voksne danskere.

I virkelighedens verden kan ADHD f.eks. gemme sig bag gentagne depressioner i voksenlivet. Den midaldrende kvinde, der slæber sig gennem tilværelsen, får depression på depression, der ikke lader sig kurere af gængs medicinsk behandling, viser sig ved nærmere udredning at lide af ADHD.

Vi er i ADHD-ambulatoriet i regionspsykiatrien i Viborg, hvor distriktssygeplejerske, cand.cur. Birgitte Amdisen til daglig håndterer de mange udfordringer, som behandlingen af voksne ADHD-patienter indebærer. Opgaven består ikke bare i udredning og behandling, men også i at samarbejde med f.eks. kommune, jobcenter og uddannelsesinstitutioner. Alt sammen kontakter, der er nødvendige for at få patientens dagligdag til at hænge sammen, og som patienten skal have hjælp til at holde styr på og vedligeholde.

Tidligere troede man, ADHD udelukkende var en børnesygdom. Det skyldes, at hovedsymptomet hyperaktivitet kan ændres i puberteten og blive til indre uro og rastløshed.

"Nogle voksne med ADHD kan godt sidde stille på stolen, men deres indre er i oprør. Mange ADHD-ramte har svært ved at fungere på arbejdsmarkedet og i sociale

Målettet hjælp til voksne med ADHD

Voksne med ADHD har behov for en målrettet og individuel indsats, der tager udgangspunkt i deres egne ressourcer.

Sådan lyder én af hovedkonklusionerne i et nyt, stort forskningsprojekt om ADHD, som er gennemført i et samarbejde mellem Aalborg Universitet og KORA (Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning).

Voksne med ADHD bør således have bedre adgang til selvhjælpsgrupper og fleksibel støtte fra professionelle, der er tæt på dem i hverdagen. Forskerne har set nærmere på beskæftigelsesindsatsen, den kriminalitetsforebyggende indsats samt på ADHD-familiers situation generelt.

Undersøgelsen viser bl.a., at unge voksne med ADHD typisk indgår i samme aktiveringsforløb og tilbud som alle andre ledige. Og de unge, der får tilbudt uddannelse kombineret med støtte, ser ud til at have gavn af det.

Selvom flere indsatte i fængslerne får diagnosen ADHD, findes der endnu ikke målrettede indsatser eller særlige retningslinjer for, hvordan klienter med ADHD skal håndteres.

Forskningsprojektet er udgivet i rapporten "ADHD-problematikkens sociale aspekter". Den har dannet grundlag for en national ADHD-handleplan, som Socialstyrelsen netop har lanceret. Handleplanen er tænkt som et idékatalog, der kan inspirere kommuner og beslutningstagere til at planlægge den fremtidige indsats overfor den voksende gruppe af børn, unge og voksne med ADHD. Samtidig indeholder planen konkrete redskaber til de fagpersoner, der arbejder med ADHD-ramte i dagligdagen.

Læs mere på kora.dk/3825

sammenhænge. Det moderne samfund er mildest talt ikke indrettet på mennesker, der har svært ved at holde opmærksomheden og koncentrationen, er følsomme over for stress og tillige har en lav frustrations-tærskel," fortæller Birgitte Amdisen. Hun

har specialiseret sig i ADHD og ser det som en stor sygeplejemæssig udfordring at ruste patienterne til at klare en hverdag med ADHD.

Behandlingen består primært af medicin og psykoedukation samt hjælp til at leve en

Arbejdet med ADHD-ramte voksne er en mangefacetteret sygeplejeopgave. Patienterne skal både have medicin og hjælp til at strukturere deres hverdag. ADHD kan hos især voksne kvinder være camoufleret som en depression, fortæller distriktssygeplejerske, cand.cur. Birgitte Amdisen, som arbejder i ADHD-ambulatoriet i regionspsykiatrien i Viborg.

struktureret hverdag. Behandlingen involverer et tværfagligt team af læger, sygeplejersker og psykologer. ADHD-ambulatoriet hører under Klinik for Psykotiske Lidelser, Regionspsykiatrien Viborg-Skive, og har en klinik i både Viborg og Skive.

Alle indtryk går ind

Det skønnes, at 2-4 pct. af befolkningen, både børn og voksne, lider af ADHD. Birgitte Amdisen og hendes sygeplejerskekollegaer på ADHD-ambulatoriet ser i gennemsnit hver én nyhenvist voksen ADHD-patient om ugen.

Mennesker med ADHD har en forstyrrelse i hjernens dopaminsystem, der betyder, at de ikke kan filtrere uvedkommende stimuli fra. Alle lyde og synsindtryk går lige ind, og det er selvsagt enormt enerverende. De kognitive hjerneprocesser, der styrer adfærd, tænkning, følelser samt evnen til at planlægge og have overblik, er mere eller mindre påvirkede, fortæller Birgitte Amdisen, der har arbejdet i psykiatrien siden 2003.

Hendes dag går primært med udredningssamtaler, psykoedukation både individuelt og i grupper, samt vurdering af den medicinske behandling. Hun foretager en grundig anamnese af de nyhenviste og optager en del af de oplysninger, der ligger til grund for en diagnose, som siden skal bekræftes af ADHD-teamets psykiatere. Samtidig er hun med til at følge op på og justere patienternes medicin. Når diagno-

sen ADHD først er stillet, er det en sygeplejerskeopgave at føre kontrol med patientens generelle helbredstilstand og være opmærksom på eventuelle bivirkninger. Der er stor forekomst af komorbiditet. Ofte lider patienterne også af angst, depression og OCD.

Arbejdet med ADHD-patienter er meget selvstændigt og kræver en betydelig erfaring i psykiatrisk sygepleje.

”Som sygeplejerske i ADHD-ambulatoriet sidder man alene hele dagen på sit kontor og tager imod patient efter patient. Det kræver, at man selv kan vurdere patienternes tilstand. Man har fast konference med psykiaterne en gang om ugen og kan altid få fat i en psykiater, hvis man har tvivlsspørgsmål. Men i princippet arbejder man meget alene, og det kræver stor erfaring og faglig ballast,” fortæller Birgitte Amdisen.

Symptomer i barndommen

Ordet modediagnose bliver hyppigt brugt om ADHD. Men der er slet ikke tale om en ny sygdom eller noget nyt fænomen, fortæller Birgitte Amdisen.



”De mange myter skyldes ikke mindst skrækhistorierne fra USA, hvor mange flere børn behandles med ADHD-medicin. I Danmark må de praktiserende læger ikke diagnosticere og opstarte behandling med ADHD-medicin. Her er ordinationen en specialistopgave, der kun må udføres af psykiatere, pædiatere eller neurologer.”

Symptomerne er velbeskrevne og efter distriktssygeplejerske Birgitte Lind Amdisens erfaring ikke til at tage fejl af.

Diagnosen ADHD hos voksne stilles udelukkende, hvis symptomerne har været til stede lige fra patientens barndom. Helt nøjagtigt før syvårsalderen. Lidelsen skal give patienten alvorlige problemer i dagligdagen. ▶

Ekspertgruppe

Sundhedsstyrelsen har efter aftale med Danske Regioner og regeringen nedsat en ekspertgruppe, der skal bidrage til nye retningslinjer for diagnostikken og behandlingen af ADHD. Distriktssygeplejerske, cand.cur. Birgitte Amdisen er, som eneste sygeplejerske i Danmark, udpeget som medlem af ekspertgruppen.



- Der er flere grunde til, at sygdommen hos nogle først diagnosticeres, når de når voksenalderen. Dels stiger kravene til os med alderen, og nogle oplever, at de ikke kan gennemføre en uddannelse endsige fastholde et job. Andre får diagnosen i forbindelse med et misbrugsproblem. Selvmedicinering med især hash er udbredt blandt ubehandlede ADHD-ramte.

Flere spottes

“I dag er praktiserende læger, misbrugscentre og jobcentre heldigvis blevet meget bedre til at spotte ADHD. Langt de fleste patienter, som egen læge henviser til os på mistanke om ADHD, viser sig ved nærmere undersøgelse at have ADHD.

Også i Kriminalforsorgen er der stigende opmærksomhed på ADHD-ramte. Unge ADHD-ramte, der er dømt for småkriminalitet, bliver typisk idømt en betinget dom på betingelse af, at de går i psykiatrisk behandling for deres lidelse,” fortæller Birgitte Amdisen.

I Danmark er ADHD-medicin udelukkende godkendt til behandling af børn. Det betyder, at al medicinsk behandling af voksne sker off-label.

Omkring 17.000 voksne danskere over 18 år fik i 2012 en recept på ADHD-medicin ifølge Medstat.dk (Statens Serum Institut's lægemiddelstatistik).

“Det er mindre end ½ pct. af befolkningen. Jeg mener bestemt ikke, vi overbehandler. Der er tale om folk med reelle, svære problemer, og jeg er overbevist om, at mange går ubehandlede rundt. Dels fordi de mangler erkendelse af, at de er syge, dels fordi de ikke magter at gøre noget ved det. Men medicinen må aldrig stå alene, og man må altid sikre sig, at symptomerne ikke skyldes en anden psykisk sygdom,” siger Birgitte Amdisen og tilføjer:

”ADHD er noget, man har døgn rundt, og vi gør os umage for, at patienterne skal være dækket medicinsk i de vågne timer. Mange med ADHD har vanskeligheder hele livet. Medicinen kan ikke helbrede ADHD, kun bedre symptomerne. Men vi håber, vi kan bedre deres livskvalitet. Bl.a. ved at give dem viden om egen sygdom og redskaber til at leve et mere struktureret liv, så stress og frustrationer kan forebygges.”

Symptomer på ADHD

ADHD er en arvelig lidelse. Symptomerne og de vanskeligheder, der følger med ADHD hos voksne, kan variere meget. Voksne med ADHD vil i mere eller mindre grad være præget af kernesymptomerne:

- opmærksomhedsforstyrrelser
- hyperaktivitet
- impulsivitet

Ikke alle med ADHD er hyperaktive. Nogle er tværtimod stille, uopmærksomme og initiativløse og kan have svært ved at tage sig sammen og komme i gang med aktiviteter. Mange oplever desuden, at den motoriske hyperaktivitet i barndommen erstattes af en indre rastløshed i voksenlivet.

Nedenstående er en række træk, som i mere eller mindre grad karakteriserer den voksne med ADHD:

- er rastløs og mangler evnen til at slappe af
- har svært ved at holde opmærksomheden og koncentrationen
- bliver let distraheret
- virker glemsom
- har svært ved at organisere tid
- har et svingende humør og et hid-sigt temperament
- er følsom overfor stress og har en lav frustrationstærskel
- kan ikke planlægge og organisere
- taler og handler uden tanke for konsekvenserne

Kilde: ADHD Foreningen

Skiftende navne

Sygdommen ADHD hed tidligere MBD (Minimal Brain Damage/Dysfunction) og senere DAMP. I dag er der international enighed om betegnelsen ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). ADHD kaldes også hyperkinetisk forstyrrelse, som betegner en tilstand præget af forstyrret koncentration og opmærksomhed samt sygeligt højt aktivitetsniveau (hyperaktivitet) og impulsivitet.

Bekymring over flere voksne på ADHD-medicin

Forbruget af ADHD-medicin til voksne er steget markant i Danmark, selvom medicinen slet ikke er godkendt til behandling af voksne. Region Midtjylland udskriver mest og Region Hovedstaden mindst.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Et voldsomt stigende antal voksne danskere behandles i dag med ADHD-medicin.

På 10 år er antallet af danskere mellem 20 og 40 år i behandling med ADHD-medicin steget fra 248 danskere i 2002 til hele 13.446 i 2012.

Samlet set viser de nyeste tal fra Statens Serum Institut, at der i sidste kvartal af 2012 var 16.544 danskere over 18 år i behandling med ADHD-medicin. Det vil sige, at de har indløst mindst én recept på medicinen.

Den eksplosive stigning skal desuden ses i lyset af, at ADHD-medicin udelukkende er godkendt til behandling af børn og unge under 18 år.

Derfor ser man med bekymring på udviklingen i Sundhedsstyrelsens Institut for Rationel Farmakoterapi, IRF.

”Ca. halvdelen af al den ADHD-medicin, der udskrives, er off-label til personer over 17 år. Vi ved fra internationale studier, at medicinen også er effektiv mod ADHD-symptomer hos voksne. Problemet er, at vi ikke kender hverken langtidseffekter eller bivirkninger i denne gruppe. Vi ved derudover også meget lidt om, hvordan medicinen påvirker gravide og deres fostre,” fortæller farmaceut i IRF, Søren Ilsøe Moreno.

Hovedparten af de voksne, der får en recept på ADHD-medicin, er nydiagnostiserede med ADHD.

ADHD-medicin

ADHD-patienter behandles med det amfetaminlignende stof methylphenidat. Midlet markedsføres bl.a. under handelsnavnene Concerta, Medikinet og Ritalin. Et andet hyppigt brugt middel er Strattera med det aktive stof atomoxetin.

Tyskland har som det foreløbig eneste EU-land i 2011 godkendt Medikinet til behandling af voksne ADHD-patienter.

”Der er i dag bred enighed om, at ADHD også hos voksne er en reel diagnose. Desværre er den nuværende ADHD-medicin ikke en kur, og det er ikke til at forudsige, hvor lang tid patienterne i princippet skal tage medicinen. Og da vi ved, at ADHD-medicin er behæftet med en række, til tider alvorlige, bivirkninger, må vi nødvendigvis være skeptiske overfor det store off-label forbrug,” siger Søren Ilsøe Moreno.

Færrest recepter i hovedstaden

Tal fra Statens Serum Institut viser store regionale forskelle på forbruget af ADHD-medicin. Region Midtjylland er den region, der udskriver mest ADHD-medicin til de 25-49-årige, og Region Hovedstaden den, der udskriver de færreste recepter.

”Der er ingen forskelle i befolkningssammensætningen de fem regioner imellem. Derfor må forskellen bero på forskellige

behandlingstraditioner,” siger Søren Ilsøe Moreno.

Mens forbruget altså bliver ved med at stige i voksengruppen, har forbruget blandt de 6-12-årige drenge og piger været stagnerende siden 2010.

En stor del af de voksne, der kommer i behandling med ADHD-medicin, er kendt i sundhedssystemet. Tre ud af fire af de 20-40-årige, der starter på ADHD-medicin som voksne, har i årene forinden prøvet antidepressiva, antipsykotika, stærke smertestillere eller angstdæmpende medicin.

Farmaceut Søren Ilsøe Moreno siger:

”Tallene understøtter behovet for udvikling og ikke mindst implementering af nationale kliniske retningslinjer for behandling af ADHD hos børn og voksne. IRF indgår i Sundhedsstyrelsens fremadrettede arbejde med at udvikle disse retningslinjer.”

Et helt almindeligt kvindeliv med ADHD

Sygeplejerske Ditte Hammerum afdækker i sit kandidatspeciale, hvilke tanker unge kvinder med ADHD gør sig om at leve et voksenliv på trods af deres sygdom. Kvinderne vil have gavn af at få opsat realistiske mål.

TEKST: ANNETTE HAGERUP • ILLUSTRATION: GITTE SKOV



Unge ADHD-ramte kvinder har behov for vedvarende, stabile relationer til specialsygeplejersker, som kan give dem råd og vejledning i dagligdagen. Kvinderne har samme planer og drømme som deres jævnaldrende kønsfæller, men kan have brug for hjælp til at finde ud af, hvilke mål der er realistiske i voksenlivet.

Det er konklusionen på et kandidatspeciale om kvinder og ADHD fra sygeplejerske, cand.cur. Ditte Hammerums hånd. Hun har i forbindelse med sin kandidatafhandling i sygepleje på Aarhus Universitet foretaget kvalitative interviews med to yngre, voksne kvinder med ADHD.

Formålet har været at afdække, hvilke tanker de gør sig om at leve et voksenliv med ADHD.

Begge kvinder fik diagnosen omkring 14-årsalderen, og begge er i dag i medicinsk behandling. De husker også begge diagnosen som et hårdt slag og har stadig svært ved at acceptere deres sygdom.

”De er fyldt 19 år, og så begynder alle deres drømme og forhåbninger at melde sig. De vil gerne leve op til de forventnin-

ger, som samfundet har til de unge. De skal have uddannelse og job, egen lejlighed og gerne mand og barn, inden de fylder 30 år.

Samtidig identificerer de sig mere eller mindre med deres diagnose.

”Jeg er jo ADHD’er,” giver de typisk som en forklaring eller undskyldning for deres vanskeligheder ved at indgå i og fastholde sociale relationer,” fortæller Ditte Hammerum, som i dag er ansat på ungdomspsykiatrisk afdeling i Herning.

”Realiteten er, at de har gode dage og dårlige dage. De har svært ved at komme op om morgenen og svært ved at strukturere hverdagen. De har også svært ved at rumme mange mennesker som f.eks. i en skoleklasse. Begge kvinder havde af den grund særlige vilkår på deres videregående uddannelse.”

Som Ditte Hammerum ser det, er der en modsætning mellem de idealer, de unge kvinder har, og hvad der er realistisk i deres tilfælde.

”Måske ville man gøre dem en tjeneste, hvis man hjalp dem med at skrue forventningerne ned og fandt ud af, hvilke mu-

ligheder de reelt har for at fuldføre deres fremtidsplaner. På den måde kunne man forhåbentlig forebygge, at deres voksenliv blev præget af nederlag.”

Begge de interviewede kvinder har været i behandling på ADHD-klinikken i Risikov, hvor de har fået god sygeplejefaglig vejledning, fortæller Ditte Hammerum og fortsætter:

”Desværre stopper tilbuddet til de unge her, når de fylder 21 år. Medmindre de er så dårlige, at de umiddelbart kan komme i behandling i voksenpsykiatrien, så varetages deres behandling fremover udelukkende af egen læge. Og det er bekymrende. Min konklusion i specialet er, at denne gruppe af unge, voksne ADHD’ere efter alt at dømme vil have stor gavn af at blive fulgt og have fast tilknytning til sygeplejerskerne på klinikken.”



Multi-tabs® Kalk + D-vitamin For normale knogler*



Udviklet i samarbejde med eksperter



- ✓ 500 mg kalk er den optimale dosis pr. tablet
- ✓ 1 tablet om dagen
- ✓ Kilden i Multi-tabs® er calciumcarbonat

25 µg D₃-vitamin er Danmarks mest anvendte styrke

BESTIL GRATIS
vareprøve, anbefalingsblok eller brochure:
kontakt@pfizer.com
(Tilbuddet gælder KUN til lægepraksis/hospitaler)

*Calcium er nødvendig for vedligeholdelse af normale knogler.
Vitamin D bidrager til en normal optagelse og udnyttelse af calcium.

Skærme giver bedre overblik

På Plejecenter Hybyhus i Fredericia har de 100 ansatte fået trykbare skærme, der giver personalet hurtig adgang til oplysninger om borgerne. Det nedbringer antallet af utilsigtede hændelser.

TEKST: TORBEN SVANE CHRISTENSEN • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Sygeplejerske Linda Bjerger Hansen kan med et tryk på skærmen hos de enkelte beboere se deres døgnrytme, og hvilken medicin de får og har taget. Når hun kommer ind til beboerne, kan hun logge sig på systemet, og så kan kollegaerne se, hvor hun er logget på.

Hun går ind til Elisabeth Kristensen og logger på skærmen, der står på en kommode i den lille gang. Hun bladrer beboerens døgnrytme igennem på skærmen. Der er også et ønske om, at der i fremtiden vil være oplysninger om sår, så alle, der laver sårpleje, hurtigt kan få et overblik. Men det kræver, at systemet kan snakke sammen med Care.

"Antallet af utilsigtede hændelser er faldet markant, efter vi har fået skærmene. Specielt med hensyn til medicinen. Det står med rødt på skærmen, når beboeren ikke har fået sin medicin. Skærmene gør, at der skabes en kontinuitet, som bl.a. er en fordel, når der kommer vikarer," siger Linda Bjerger Hansen, som har været på Plejecenter Hybyhus siden juli 2012.

Skærmene giver også mulighed for i fremtiden at vise små film af f.eks., hvordan en håndskrinne eller en bandage skal lægges.

"Hvis jeg står hos en borger og skal bruge hjælp, så kan jeg gå ind på skærmen og se, hvor kollegaerne er logget ind, og har på den måde nemmere ved at finde den ledige kollega. Der sparer vi meget tid," siger Linda Bjerger Hansen.

Hun fortæller, at skærmene også er en gevinst for det sociale liv på demensenheden på plejecenteret.

"Når skærmene, der står i opholdsarealerne, viser billeder fra gamle dage, så opstår der samtaler mellem beboerne. At kunne skabe dialog om et bord kan løfte livskvaliteten hos den enkelte borger. De føler stadig, de er noget værd og kan bidrage med noget," siger hun.

System med muligheder

Linda Bjerger Hansen sidder i en arbejdsgruppe, der kommer med ønsker og idéer til, hvad skærmene kan bruges til i demensenhederne.

Arbejdsgruppen har talt om, at det kunne være en fordel, at p.n.-medicin kan skrives direkte ind på skærmen.

"Når det skal skrives ind i Care, kommer man fra det. Så det ville være nemmere, hvis jeg kunne gøre det, mens jeg var ude hos beboeren. Processen med at få de to systemer til at snakke sammen er sat i gang," siger hun.

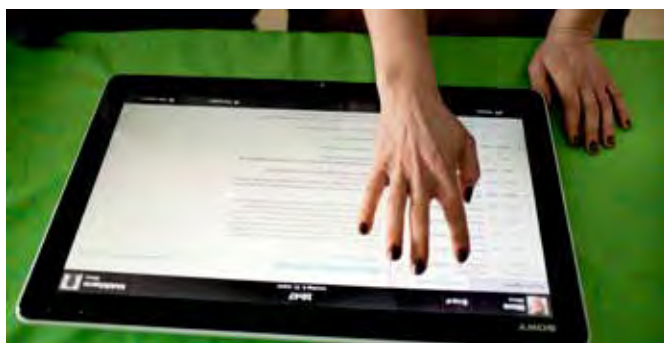
Arbejdsgruppen har også et ønske om, at systemet på længere sigt kan give borgere, der selv doserer deres medicin, en påmindelse på skærmen, når det er tid.

Det har taget lang tid at introducere det for beboerne, og det etiske i at indføre skærmene for beboerne, hvor mange ikke kender til computere, har været diskuteret blandt de ansatte og ledelsen.

"Vi har også beboerne og de pårørende med på råd," siger Linda Bjerger Hansen.

Den bedste oplevelse

"Vi havde en borger, der ikke ville tage sin medicin. Med billeder på skærmen blev hun afledt, og stille og roligt fik hun pillerne. Det giver et kvalitetsmæssigt løft af sygeplejen og en bedre livskvalitet og behandling for borgeren."



Skærmen kan tages af sin holder to steder i huset. Det giver mulighed for at hjælpe borgeren, hvor der er behov for det.



Systemet er en del af projektet "Ud af kontorerne - ind til beboerne". Sygeplejerske Linda Bjerger Hansen kan konstatere, at hun bruger mindre tid i "buret" foran computeren.

og færre fejl



Linda Bjerger Hansen får mere tid til en snak med beboerne, når flere administrative opgaver kan klares ude i lejlighederne.



Hvis Linda Bjerger Hansen får brug for en kollega til en forflytning, kan hun hurtigt tilkalde hjælp via skærmen.

Der er både skærme på gangene og skærme med private oplysninger hos udvalgte beboere.

Færre lederposter



- flere muligheder

Strukturændringer på sundhedsområdet er ensbetydende med færre sygeplejersker på lederposter. Antallet af ledere med en sygeplejefaglig baggrund er faldet gennem de seneste 10 år. Faldet behøver ikke betyde, at sygeplejen taber terræn, men er en oplagt mulighed for at øge fokus på sygeplejen på nye områder.

Veluddannede ledere

15 pct. af sygeplejelederne i regionen og 9 pct. af lederne ansat i kommunen har en videreuddannelse på masterniveau. 3 pct. af de regionale ledere og 1 pct. af de kommunale har en sundhedsfaglig uddannelse på kandidatniveau som f.eks. cand.cur. eller cand.scient.san.

Knap halvdelen, 48 pct. af de sygeplejefaglige ledere i regionen, har en sundhedsfaglig diplomuddannelse. Blandt de kommunale ledere har 31 pct. taget en diplomuddannelse.

Kilde: DSR-analyse.

Synlig sygepleje i ny hos

Strukturændringer på sundhedsområdet er ensbetydende med færre sygeplejersker på lederposter. Antallet af ledere med en sygeplejefaglig baggrund er faldet gennem de seneste 10 år. Faldet behøver ikke betyde, at sygeplejen taber terræn, men er en oplagt mulighed for at øge fokus på sygeplejen på nye områder.

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Antallet af ledere i sundhedssektoren med en sygeplejefaglig baggrund har været faldende gennem de seneste 10 år, viser en ny analyse fra Dansk Sygeplejeråd. Faldet satte for alvor ind på sygehusene i forbindelse med etableringen af regionerne i 2007. Fra 2007-2012 er lederandelen således faldet med 17 pct. i regionerne.

I kommunerne faldt lederandelen med 12 pct. i kommunerne i samme periode.

Formanden for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd, Irene Hesselberg, forklarer faldet med de store strukturændringer, der i disse år foregår på sygehusområdet. Færre og større sygehuse betyder, at flere ledelseslag er skåret væk, og sygeplejerskers lederjobs er forsvundet.

”Hvordan mener hun, at man sikrer udviklingen af sygeplejen i den ny hospitalsvirkelighed?”

Irene Hesselberg ser ikke umiddelbart fagligheden truet af det faldende lederantal. ”Vi har fået helt nye muligheder for at profilere sygeplejen i de nye strukturer, hvor patientforløbet er omdrejningspunkt for kvaliteten. Læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, laboranter m.fl. skal arbejde sammen på kryds og tværs med patienten i centrum. Det kræver, at man er bevidst om sin faglighed og også tør sætte den i spil.

Netop her har den sygeplejefaglige leder store muligheder for at sætte sit faglige fingertryk – lige fra indlæggelse til

udskrivelse, og hvad der skal ske omkring patienten i eget hjem,” fortæller Irene Hesselberg.

”Hvis vi alle som fagpersoner formår at respektere hinandens faglighed i et samarbejde omkring patienter og borgere, så er det alt i alt en positiv udvikling, vi er inde i rent sygeplejefagligt, hvis vi formår at udnytte den,” siger hun.

For store enheder

Lederforeningens formand ser dog en fare i, at enhederne kan blive for store.

”Som sygeplejefaglig leder i en kommune eller en region skal du få økonomien til at balancere. Du kan ikke bare køre afdelingen ”som vi plejer”, men driver din egen lille virksomhed i en stor koncern. Du er driftsansvarlig akkurat som en leder i det

private erhvervsliv,” siger Irene Hesselberg, som i den forbindelse godt kan frygte, at det sygeplejefaglige element kan blive klemmt.

”Hvordan skal man som leder for måske op til 80 medarbejdere nå det hele? MUS-samtaler, vagtplanlægning, sygefraværssamtaler, dokumentation m.m. Endsige medarbejderpleje. Alle medarbejdere har en berettiget forventning om at blive ”set” af deres leder. Spørgsmålet er, om der så også bliver tid for lederen til at tænke nyt, tænke i faglig udvikling,” fortsætter Irene Hesselberg.

Naturlig forståelse

Nye tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at sygeplejersker generelt er klædt fagligt godt på til lederrollen. 73 pct. af sygeplejelederne i regionerne og 58 pct. af de kommunalt ansatte ledere har således en formel lederuddannelse udover deres sygeplejefaglige uddannelse.

Lederuddannelse og helst en akademisk overbygning er nødvendigt, hvis man som leder skal kunne navigere mellem de økonomiske realiteter i en kommune og de sygeplejefaglige udfordringer på borgerniveau, mener hjemmesygeplejerske i Aarhus Kommune, Charlotte Bjerg. Hun er selv i gang med at tage en kandidatgrad i sygepleje, cand.cur., på Aarhus Universitet ved siden af sit job som sygeplejerske.

”Som leder for sygeplejersker må du nødvendigvis have en faglig forståelse for

Færre ledere

Fra 2007-2012 er lederandelen faldet med 17 pct. i regionerne og med 12 pct. i kommunerne.

I 2007 sad 2.425 sygeplejersker på en lederpost i kommunerne, mens tallet kun var 2.180 i 2012.

I 2007 sad 2.787 sygeplejersker på en lederpost i regionerne, mens antallet i 2012 var faldet til 2.498.

Kilde: DSR-analyse.

pitalsstruktur



” Jeg vil vove den påstand, at du kun kan forstå kompleksiteten og de etiske dilemmaer, man kan stå i ude hos en borger, hvis du selv har praktisk erfaring som sygeplejerske.

- Hjemmesygeplejerske i Aarhus Kommune, Charlotte Bjerg.

kerneområdet: nemlig sygeplejen. Altså: Hvad er i enhver situation den bedste behandling til den enkelte borger? Det er netop det, der efter min mening adskiller en sygeplejefaglig leder fra en leder, der udelukkende har en økonomisk uddannelsesbaggrund,” fortæller Charlotte Bjerg.

Charlotte Bjerg har på egen krop mærket, hvilken forskel det gør, at den nærmeste leder er sygeplejerske.

”Jeg vil vove den påstand, at du kun kan forstå kompleksiteten og de etiske dilemmaer, man kan stå i ude hos en borger, hvis du selv har praktisk erfaring som sygeplejerske,” siger hun.

Hun har på et tidspunkt haft en leder, der ikke havde en sygeplejefaglig baggrund, og som ikke forstod, at arbejdsdagen kan være uforudsigelig.

”I dag har jeg heldigvis en sygeplejerske som leder, og hun har en naturlig forståelse for, at man er nødt til at have en vis frihed til selv at planlægge sit arbejde. Nogle besøg er lige efter ”bogen”, mens andre tager længere tid. Min leder har tillid til, at jeg har de nødvendige kompe-

tencer til at vurdere, om det er nødvendigt at bruge mere tid ude hos en borger. Hun ved, at der er brug for en fleksibel køreplan.”

Taler samme sprog

Ifølge sundhedschef i Stevns Kommune, Tina Jørgensen, giver det specielt i hjemmesygeplejen god mening, at hjemmesygeplejerskens nærmeste leder også er sygeplejerske.

”For den gruppe af sygeplejersker, hvis kerneopgaver er at behandle sår, dosere medicin og andre borgernære opgaver, er det klart en fordel, at de og deres gruppeleder taler samme ”sprog” og har en praktisk forståelse for hinandens faglighed.

Men ser vi i krystalkuglen, er vi på vej til et paradigmeskift i den måde, vi organiserer os på i kommunerne. Sygeplejersker vil opleve at blive rykket ud af de meget tætte sygeplejefaglige miljøer og skulle arbejde på tværs af sektorer f.eks. i rehabiliteringsteams. Her handler det om god ledelse, ikke om fag. Og her kan lederen efter min opfattelse sagtens

være en sagsbehandler, fysioterapeut, en økonom eller lignende,” siger hun og fortsætter:

”Det afgørende er, at der er sygeplejefaglige ledere i kommunens ledelseshierarki. At nogen har ansvaret for, at der sker en faglig udvikling målrettet sygeplejefagligheden og sygeplejerskerne,” siger Tina Jørgensen.

Svært at dokumentere kvalitet

Sygeplejefaglig direktør på Sygehus Sønderjylland (SHS), Grete Kirketerp, efterlyser nogle indikatorer eller målepunkter, der kan dokumentere, at her er ydet god sygepleje, eller her er områder, der kræver en særlig indsats.

”Økonomien kan meget konkret bedømmes på, om der er røde eller grønne tal på bundlinjen. Kvaliteten af sygeplejen er noget vanskeligere at dokumentere,” mener Grete Kirketerp. ▶

Fokus på ledelse

Dansk Sygeplejeråd besluttede på sin kongres i 2012 at gøre sygeplejefaglig ledelse til et indsatsområde. Formålet er dels at fastholde sygeplejersker på lederposter til gavn for faget, kvaliteten i sygeplejen og det nære arbejdsmiljø. Dels at skærpe opmærksomheden hos både menige og ledende sygeplejersker på værdien af god sygeplejefaglig ledelse.



- Hun har kun siddet i jobbet siden december 2012 og skal være med til at udmønte hospitalets nye struktur i praksis. Sygehus Sønderjylland er fordelt på fire matrikler i Aabenraa, Haderslev, Sønderborg og Tønder og har fra årsskiftet organiseret patientbehandlingen i 11 centre med tilhørende klinikker. Hver klinik har en klinikledelse bestående af en overlæge og en ledende sygeplejerske, som har det fælles ansvar for de patientforløb, klinikken varetager. De enkelte klinikker danner rammen om flere tværfaglige teams. Der er sygeplejefaglige kompetencer på alle ledelsesniveauer, der har med sygepleje at gøre.

”I SHS har vi med den nye struktur brudt med den traditionelle organisering efter lægelige specialer,” fortæller Grete Kirketerp.

Hun tilføjer:

”Sygehusets fokus er på patientforløbene, hvor de enkelte sundhedsfaglige fag bidrager efter behov i et veltilrettelagt, tværfagligt patientforløb. Dette sidestiller de sundhedsfaglige medarbejders arbejde. Alle faggrupper supplerer hinanden. Det betyder bl.a., at den ekspertise, sygeplejersker besidder på plejeområdet, udnyttes til at få lavet nogle veltilrettelagte patientforløb.”

Ifølge Grete Kirketerp må man indse, at lederrollen i disse år er under forandring. Men det mindsker ikke fokus på sygeplejen.

”Som sygeplejefaglig leder skal man hele

Har du en leder i maven?

Formand for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd, Irene Hesselberg, giver følgende råd til sygeplejersker med en leder i maven:

- 1: Gør op med dig selv, om du vil have det ansvar, lederposten indebærer.
- 2: Gør op med dig selv, om du tør træffe upopulære beslutninger.
- 3: Gør op med dig selv, om du tør gå forrest og kæmpe for dine idéer.
- 4: Gør op med dig selv, om du vil dele dit privatliv med dit arbejdsliv. Som leder har du i princippet aldrig fri, men skal stå til rådighed på alle tider af døgnet. Det er ikke et 8-16-job.
- 5: Hvis du kan sige ja til ovenstående, skal du sørge for at kvalificere dig til et lederjob og tage de relevante lederuddannelser. Du kan også søge karriererådgivning i Lederforeningen.

tiden holde sig for øje, hvordan man bedst sikrer udviklingen af sygeplejen og sørger for, at medarbejderne har de rette kompetencer til at løse de opgaver, der skal løses.

Udfordringen består i, at vi i stigende omfang skal arbejde tværfagligt frem for at arbejde indenfor en monofaglig enhed. Det kræver, at alle er ekstremt stærke på deres eget fag. Hvis vi vil styrke sygeplejens position, er det vigtigt, vi har nogle sygeplejefaglige ledere, som målrettet fokuserer på sygeplejekvalitet. Her har vi brug for nye instrumenter til at måle kvaliteten af vores arbejde,” siger Grete Kirketerp.

Sygeplejen skal sætte sit aftryk

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Viceklinikchefer er sygeplejersker

Syv ud af otte viceklinikchefer på HR-området er sygeplejersker. Seks ud af ni viceklinikchefer på patientforløb er sygeplejersker.

Kilde: DSR-analyse.

På Aalborg Universitetshospital har en ny struktur betydet et farvel til et ledelseslag af sygeplejersker. Til gengæld har hovedparten af de nye viceklinikchefer – med særligt fokus på patientforløb – en sygeplejefaglig baggrund.

Sygeplejefaglig direktør på Aalborg Universitetshospital, Lisbeth Lagoni, er glad for sin titel. Hospitalsdirektionen består af en hospitalsdirektør, en lægefaglig direktør, en sygeplejefaglig direktør samt en økonomichef.

”Hvis jeg nu havde titel af vicedirektør, ville signalet være et andet. Min nuværende titel signalerer, at sygeplejen har en selvstændig position, og at en af mine opgaver består i at sætte et sygeplejefagligt aftryk i organisationen. Min tilgang som leder har både en ledelsesmæssig, en sundhedsfaglig og ikke mindst en pleje- og omsorgsmæssig dimension,” siger Lisbeth Lagoni.

Antallet af ledere med en sygeplejefaglig baggrund er faldet gennem de seneste 10 år. Primært pga. omorganisering på sygehuse. Bl.a. har indførelsen af fælles akutmodtagelser betydet, at mindre sengeafdelinger er blevet nedlagt og ledelseslag af sygeplejersker fjernet. Det er også sket på Aalborg Universitetshospital, hvor man fra årsskiftet fik en ny struktur, som tager udgangspunkt i patientforløb frem for i de lægelige specialer.

Pr. 1. januar i år er hospitalet blevet opdelt i i alt otte klinikker med hver sin klinikchef. Hertil kommer to viceklinikchefer med ansvar for hhv. patientforløb og HR- og kompetenceudvikling.

Tidligere bestod Aalborg Universitetshospital af fire centre med traditionel ledelse og traditionelle afdelingsledelser indenfor de forskellige lægelige specialer. I de nye klinikker er ”murene” mellem beslægtede

specialer fjernet. Én klinik skal f.eks. tage sig af lungemedicin, thoraxkirurgi, hjertemedicin og hjertekirurgi. De fire specialer havde tidligere hver sin afdeling med en selvstændig afdelingsledelse, og en stor del af patienterne oplevede ofte at blive flyttet rundt mellem afdelingerne, fordi de både var lungesyg og hjertesyg.

”Vi har fjernet den ledende overlæge og oversygeplejersken. I stedet har vi på alle afsnit i alle otte klinikker fået en specialeledende overlæge og en afsnitsledende sygeplejerske,” fortæller Lisbeth Lagoni.

Der er blevet etableret ”patientens team”, som skal sikre et sammenhængende patientforløb.

”Det nye i vores organisation er, at vi har fået viceklinikchefer med særligt fokus på patientforløb. Hovedparten af viceklinikcheferne er sygeplejersker,” oplyser Lisbeth Lagoni.

Rationalet er, at man skal have en sygeplejefaglig baggrund for at gennemskue og koordinere de mange forskellige forløb.

”Det har stor betydning, at der netop er personer med en sundhedsfaglig baggrund på de poster, og her har sygeplejersker rigtig meget at byde ind med. Modsat en leder med en ren økonomisk uddannelsesbaggrund så vedbliver lederen med den sygeplejefaglige baggrund med at have patienten i fokus og kender den kompleksitet, der kan være i arbejdsgangene i forbindelse med bestemte sygdomsforløb,” siger Lisbeth Lagoni.

Den sygeplejefaglige baggrund kommer

f.eks. i spil, når det skal besluttes, om man skal benytte stråleteknikere eller strålesygeplejersker, når der skal gives strålebehandling. Det handler selvfølgelig om, at man skal indstille koordinaterne korrekt, så patienten får den rette stråledosis. Men fra en sygeplejefaglig vinkel er det ikke kun et spørgsmål om teknik, siger Lisbeth Lagoni:

”Vi taler om patienter, der har fået diagnosticeret en livstruende sygdom og befinder sig i dyb krise. De har brug for omsorg og vejledning i at forebygge bivirkninger som diarré eller smerter. Som leder skal man sørge for, at de rigtige faglige vurderinger ligger til grund for beslutningerne. Man skal kunne argumentere for, hvad der er til patientens bedste. Har vi operationssygeplejersker, der kan leje patienten korrekt, så vi undgår liggesår? Vi skal tænke kvalitet fra starten. Det er både til patientens og til samfundets bedste.”

Hun tilføjer:

”Det spændende ved den her organisationsændring er, at det ikke er en spareøvelse, men et tiltag, der skal imødekomme de patienter, der fejler mere end én ting. Men det handler også om at udnytte ressourcerne bedst muligt. Vi skal til enhver tid vurdere, hvem der bedst og mest omkostningseffektivt kan løse opgaverne. Hvis der er hamrende travlt på en afdeling, skal sygeplejersken ikke gå om aftenen og servere kaffe og vaske op. Hvis man ikke har råd til en serviceassistent på hver afdeling, skal man måske lade to afdelinger dele én serviceassistent.”

Eva Hoffmann er 40 år og har været ansat på UC Syddanmark siden 2001. Hun blev lektor i 2008. Eva Hoffmann blev sygeplejerske i 1996. Herefter arbejdede hun i fem år på kirurgisk afdeling på Sønderborg Sygehus. Eva Hoffmann har en diplomuddannelse i sygepleje fra 2001, hun blev master i klinisk sygepleje i 2006 og certificeret coach i 2008.



Med sygeplejersken til bords

”Det ville være lettere, hvis de kunne tage alle mine papirer og sætte sig omkring et bord sammen med mig.” Ordene er min fars. Han er desværre et af de mennesker, man på fagsprog ville kalde både kronisk syg og multisyg, og han er tit frustreret og magtesløs over manglen på sammenhæng, kontinuitet og transparens i det sundhedsvæsen, som han er så afhængig af. Desværre er min far langt fra alene om at være et komplekst tilfælde, der kunne ønske sig bedre sammenhæng i både behandling og pleje.

Jeg har netop fejret min 40-årsfødselsdag og muntrede mig i den forbindelse med ”projekt bordplan”. En herlig manøvre, hvor det handler om at få kabalen til at gå op, så både svigerfar, festarberne og de stille veninder får en dejlig aften. Da jeg sad med bunken af lapper med navne på familie og venner foran mig, var det derfor befriende, at der på gæstelisten fandtes flere jokere, som jeg uden den mindste uro kunne placere hvor som helst.

Lad os eksportere bordplansmetaforen over i fremtidens sundhedsvæsen. Her tyder meget på, at det er fremtidens patient, der kommer til at indtage hæderspladsen for bordenden, når der dækkes op til pleje og behandling i et mere patientcentreret sundhedsvæsen. Men hvilken type gæst skal sygeplejersken være, hvis hun fortsat skal rangere højt på gæstelisten og indtage pladsen som en af jokerne i en bordplan, hvor hun uden problemer både kan flankere patienten, de pårørende, lægen, terapeuten og socialrådgiveren? Et er sikkert, der vil være kamp om at komme med til bords, og sygeplejersken må derfor lægge sig i selen for at komme med i det opløb, hvor hun kan indtage rollen som den specialiserede generalist. En plads ved bordet vil kræve af hende, at hun har forberedt en tale, der kan få de andre omkring bordet til at spidse ører, sænke glasset og lægge bestikket. Ingen gider høre på spontane og halfulde talere, og hun må være bevidst om, at den gode tale er kendetegnet ved forberedelse, timing og meningsfuldt indhold. Hun bør desuden være en positiv og åben gæst, som med godt humør og en høj grad af empati indtager en inkluderende og imødekommende rolle også overfor nye gæster, som først skal finde ud af den forventede takt og tone. Hvis festens midtpunkt, patienten, med sine mangfoldige og til tider ukategoriserbare og ressourcerkrævende behov, pludselig får brug for hjælp til toiletbesøg, et forbindelseskift eller har brug for smertestillende medicin, må sygeplejersken desuden være parat til at forlade bordet for en

stund for at sætte sine stærke kliniske kompetencer i spil. Korte indlæggelsestider og ressourceknaphed vil kunne få mødet omkring bordet til at blive forvekslet med en running dinner, hvor det handler om at kunne afkode andre mennesker på rekordtid og sælge sine budskaber på lige så kort tid. Scenariet vil være svært at overskue, og mange vil givetvis tale i munden på hinanden for at få opmærksomhed, magt og status. Sygeplejersken må derfor være samarbejdsvillig, innovativ og kreativ og med en høj faglig standard være i stand til altid at agere til patientens bedste, også når der skal handles hurtigt og på tværs, og den generelle sammenhængskraft skal styrkes. For at møde op til festen som en oplagt gæst kræves af sygeplejersken, at hun har været god til at gennemskue dresscoden og føler sig godt klædt på, når hun entrerer festen. Det er vigtigt, at hun hviler i sig selv og hverken føler sig truet af andre faggrupper eller af patientens viden om egen behandling, sygdom eller pleje. En stærk fag-

” Men hvilken type gæst skal sygeplejersken være, hvis hun fortsat skal rangere højt på gæstelisten og indtage pladsen som en af jokerne i en bordplan, hvor hun uden problemer både kan flankere patienten, de pårørende, lægen, terapeuten og socialrådgiveren?

identitet, stærke kommunikative kompetencer og ikke mindst et højt fagligt selvværd vil være ingredienser, som kan sørge for, at sygeplejersken stråler, når hun træder frem på den faglige scene og forhåbentlig sikrer, at sygeplejersken også i fremtiden kommer med til højboards, når patienten inviterer.

”5 faglige minutter” er en personlig tekst, som gør rede for sit indhold ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

dynamostol.dk



Hjælp dig selv og dine kolleger med at undgå ryg-, skulder- og nakkesmerter, samt kredsløbsproblemer. Stolens design sikrer en oprejst position, så musklerne har fuld bevægelsesfrihed, blodcirkulationen forbedres, og ledbåndene arbejder optimalt.

Få en stol gratis på prøve i 14 dage

Ring **46 75 09 70** og aftal, hvornår du vil have stolen på prøve. Så sørger vi for at få stolen bragt ud til dig.

SID DIG STÆRK
dynamostol® **d**



Pssst!

Fjerner ørevoks!

Enkelt og effektivt

Vaxol er en unik og længe ventet nyhed. Endelig er det blevet enkelt at holde ørerne rene på en sikker og naturlig måde. Vaxol indeholder farmaceutisk rensset olivenolie med antibakterielle og fugtbevarende egenskaber.

5 gode grunde til at vælge Vaxol:

- Opløser ørevoks enkelt og effektivt
- Forebygger vokspropper
- Unik pumpe for rigtig dosering
- Nem håndtering for ældre
- Kan bruges af både børn og voksne

Vaxol fås på apoteket, Matas, Audionova Hørecentre, Hørecentrene A/S

Få flere oplysninger på www.vaxol.dk



ABIGO Pharma A/S - Kundeservice: 4649 8676

KURSUS I SÅR OG SÅR- BEHANDLING



Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital tilbyder kursus i sår og sårbehandling.

Formålet er at øge viden om sår og sårbehandling samt at etablere et netværk mellem sårinteresserede personer.

Målgruppen er sygeplejersker med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper.

Varighed: 4 dage med internat.

Dato: 8.10.-11.10.13.

Sted: Phamakon conferencecenter, Hillerød.

Pris: Kr. 7.795,00.

Tilmeldingsfrist: 2.8.13.,
Yderligere information og tilmelding findes på www.CWHC.dk

Forhandlingsløsning nu

Den lange konflikt mellem de praktiserende lægers organisation, PLO, og Danske Regioner bekymrer Sundhedskartellet, fordi PLO truer med, at medlemmerne afleverer ydnumrene, hvilket kan medføre, at patienter og borgere selv skal betale for at gå til egen læge fra den 1. september. Sundhedskartellet opfordrer derfor til, at der findes løsninger nu.

Udsigten til en eskalering af konflikten bekymrer Sundhedskartellet, der repræsenterer ca. 100.000 sundhedsprofessionelle, heraf en del medlemmer ansat i almen praksis. Alene blandt sygeplejerskerne er ca. 1.800 beskæftiget i almen praksis.

"Som private aktører, der modtager honorering fra det offentlige, spiller de prak-

tiserende læger en stor rolle i at skabe sammenhæng mellem det private og offentlige sundhedsvæsen," siger Grete Christensen, formand for Sundhedskartellet, og tilføjer:

"Der er store muligheder for at skabe endnu bedre rammer for samspelet mellem de private og offentlige aktører i sundhedsvæsenet. Vi bør kigge på de muligheder, og derfor skal parterne tilbage til forhandlingsbordet."

Hvis du er ansat i almen praksis, kan du læse endnu mere om konflikten, og hvordan du skal stille dig, på dsr.dk/almen-praksis

Marte Meo

UDDANNELSE

Studiestart
10.-11. september 2013
Roskilde
24 undervisningsdage
over 1 ½ år

Højst 12 deltagere
Afsluttes med eksamen og
international certificering

www.martemeouddannelse.dk

20 71 97 17

Marte Meo
Kommunikation
slp@mmcom.dk

Studerendes syn på fremtidens sygepleje

I 2012 samlede Dansk Sygeplejeråd tre forskeres bud på sygeplejerskernes rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen i pjecen "Sygepleje og sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen".

Nu har Dansk Sygeplejeråd bedt fire sygeplejestuderende fra Professionshøjskolen Metropol om at læse den og reflektere over sygeplejerskernes rolle i fremtidens samfund. En af de studerende skriver bl.a.:

"Jeg mener, at denne nye patientgruppe, den informerede, er en faktor, alle sygeplejersker skal have et øget fokus på i fremtidens sygepleje."

Læs de fire indlæg i deres fulde længde på www.dsr.dk/fremtidenssygepleje



Riget hædret for fokus på arbejdsmiljø

TEKST: MADSRØLL CHRISTENSEN

Landets største hospital, Rigshospitalet i København, har modtaget en fornem europæisk arbejdsmiljøpris. Prisen forpligter.

Rigshospitalet har modtaget den europæiske arbejdsmiljøpris "European Good Practice Awards" ved en officiel EU-ceremoni i Dublin, Irland, i slutningen af april.

Sygeplejerske Louise Kure er arbejdsmiljørepræsentant (AMiR) for kollegerne ved Rigshospitalets TraumeCenter og Akutmodtagelse. Og som AMiR i Rigshospitalets Virksomheds-MED-Udvalg, modtog hun sammen med tre andre prisen i Dublin. Hun er stolt over at arbejde på en arbejdsplads, der har så stort fokus på arbejdsmiljøet, at den har fået den europæiske arbejdsmiljøpris "European Good Practice Awards".

"Vi skal være opmærksomme på, at arbejdsmiljøprisen i den grad forpligter. Prisen er jo ikke ensbetydende med, at Rigshospitalet lever en problemfri tilværelse uden arbejdsmiljømæssige problemer," fortæller Louise Kure og fortsætter:

"Forbedringer af arbejdsmiljøet er en løbende proces. Derfor kan vi ikke tillade os bare at være stolte af prisen. Det afgørende er, at vores kolleger mærker en positiv forskel i dagligdagen."

Fortsat udfordringer

Sygeplejehjælper fra Rigshospitalet, Helen Bernt Andersen, fortæller, at det har stor betydning for hospitalet at blive udvalgt også i en international sammenhæng.

"Prisen er en cadeau til den store indsats, ledere og medarbejdere har lagt og fortsat lægger for dagen for at sikre sammenhæng mellem produktivitet og arbejdsliv på Rigshospitalet," siger hun.

Helen Bernt Andersen peger på, at arbejdsmiljø og kvalitet hænger sammen:

"Et godt arbejdsmiljø er understøttende for, at vi overhovedet kan levere det høje faglige niveau i vores patientbehandling. Selvom vi nu har modtaget denne pris, har vi fortsat mange udfordringer. Aktuelt arbejder vi på at imødekomme de påbud, vi har fået af Arbejdstilsynet i foråret 2013."

Kredsformand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, Vibeke Westh, mener, det er positivt, at netop Rigshospitalet, har modtaget prisen:

"Det er landets største hospital. Og hospitalets store fokus på arbejdsmiljø er et godt eksempel for andre. Selv om der bestemt stadig er arbejdsmiljømæssige udfordringer på Riget, så synes jeg, at hospitalets arbejdsmiljørepræsentanter og ledelse fortjener ros."

Rigshospitalet har ca. 9.000 medarbejdere. Prisuddelingen for 2012-13 fokuserer på virksomheder og organisationer, der har været bedst til at tilskynde ledelse og medarbejdere til at samarbejde for at forbedre arbejdsmiljøet.

Læs mere om prisen på osha.europa.eu/en/publications/reports/european-good-practice-awards-2012-2013



Fire repræsentanter fra Rigshospitalet var i Dublin for at modtage den europæiske arbejdsmiljøpris (fra venstre): Fællestillidsrepræsentant Charlotte Vallys, arbejdsmiljørepræsentant Louise Kure, arbejdsmiljøchef Morten W. Andersen og sygeplejehjælper Helen Bernt Andersen.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



3. juni

- Møde med Diabetesforeningen, Kvæsthuset, København
- Møde med Poul Nyrup Rasmussen (S), Det Sociale Netværk, København

4. juni

- Delegeretmøde i Danske Sundhedsorganisationers A-kasse (DSA), København

6. juni

- Bestyrelsesmøde i Fonden for Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Koldingfjord
- Udstillingsåbning baseret på foto-bogen "Øjeblikke. Sygeplejerskers hverdage - fotograferet af sygeplejersker", Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Koldingfjord

7. juni

- Dialogmøde med Danske Regioner om det kønsopdelte arbejdsmarked, København

10. juni

- Møde i Rådgivningsudvalg for Den Danske Kvalitetsmodel, København

11. juni

- Temadag for FTR og ledere i kommunerne om sygeplejerskers roller i fremtiden
- Møde om EU-direktivet om forebyggelse af stikskader, Den Amerikanske Ambassadørbolig, København

13. -16. juni

- Folkemødet 2013, Bornholm

17. juni

- Bestyrelsesmøde i DIGNITY - Dansk Institut mod Tortur, København

20. juni

- Overrækkelse af Florence Nightingale Medaljen, Dansk Røde Kors, København

Selvalgt arbejdstid går sejrsgang i Randers

En succes uden lige. Sådan beskriver en afdelingssygeplejerske et forsøg, hvor 65 randrusiske sygeplejersker selv fik lov at planlægge deres arbejdstid.

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN

Da Lise Lund Elsberg opdagede et projekt om selvalgt arbejdstid, var hun ikke i tvivl. Det skulle afprøves på opvågningsafsnittet på Regionshospitalet Randers, hvor hun er afdelingssygeplejerske.

“Vi kørte med projektet et lille år, og da eksperimentet var slut, var der ikke en eneste sygeplejerske, der ville tilbage på den gamle ordning,” fortæller hun.

Projektet, hun taler om, var drevet af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø og blev afsluttet sidste år. I alt medvirkede 14 arbejdspladser, primært indenfor sundheds- og plejesektoren. Alle medvirkende arbejdspladser gav medarbejderne mulighed for at bestemme egne arbejdstider via computersystemet MinTid, der kan tilgås hjemmefra. På den måde kan fridage ønskes i ro og mag hjemme fra sofaen.

“Vi har f.eks. en sygeplejerske, der er gift med en Falck-mand, som jo også arbejder

på skæve tider. Falck bruger jo ikke MinTid, men de kunne så sidde sammen og planlægge hendes arbejdstider, så hun kunne være hjemme, når hendes mand arbejdede, og omvendt,” fortæller Lise Lund Elsberg.

Landsdækkende succes

Det er ikke kun på hospitalet i Randers, at medarbejderne er glade for at have fået indflydelse på arbejdstiden. Ud af de ca. 1.000 deltagere i hele projektet har 71 pct. svaret, at de vil anbefale det til andre. Samtidig er der sket en stigning fra 40 pct. til 70 pct. af medarbejdere, der føles, at de har en høj grad af indflydelse på deres egen arbejdstid.

“Der er mange positive resultater. Medarbejderne har oplevet færre konflikter mellem arbejdsliv og familieliv, de er mere glade for deres arbejdstider og udviser færre symptomer på stress,” siger projekt-

leder Anne Helene Garde fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Der har dog været visse udfordringer, siger hun:

“De første par måneder har været meget hårde på en del af arbejdspladserne. Det har været en rigtig stor omvæltning for dem, men efter et halvt år er de blevet meget glade for det og vil ikke tilbage til den gamle model. Derudover har der været enkelte arbejdspladser, hvor der i forvejen var problemer med arbejdsmiljøet. Der har projektet forstærket de konflikter, og de arbejdspladser endte med at droppe projektet,” forklarer Anne Helene Garde.

Sådan er det dog ikke gået i Randers. Her har projektets succes betydet, at en række andre afdelinger nu også har indført MinTid. Det gælder bl.a. den gynækologiske barselgang og narkoseafsnittet, mens operationsgangen skal til at indføre det nu.

DSR I MEDIERNE

I april og maj har Dansk Sygeplejeråd været i medierne i forbindelse med bl.a. disse emner.

Skuffende sundhedsudspil

I starten af maj lancerede regeringen sit nye sundhedsudspil, der fik en blandet modtagelse. “Nu har regeringen, siden den blev dannet, sagt, at den vil indføre nationale mål for danskernes sundhed. Og med det her nye udspil er vi fortsat ikke blevet klogere på, hvad der skal ske. Der er ikke et eneste konkret mål, man kan forholde sig til, og det er mildt sagt uambitiøst,” sagde formand i Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til Dagens Medicin.

Flere mænd i sygeplejen

En stor undersøgelse i Politiken dokumenterede, at sygeplejefaget stadig halter gevaldigt bagefter, når det kommer til at få flere mænd i faget. “Vi skal have rokket ved nogle af de stive forestillinger, vi har, om, at kvinder kun kan yde omsorg, og mænd kun kan være tekniske. Herhjemme har vi et billede af, at en sygeple-

jerske er en slags besøgsven, der bare holder folk i hånden. At være sygeplejerske kræver også teknisk kunnen, teoretisk viden og evne til at handle hurtigt i akutte situationer,” sagde Dansk Sygeplejeråds næstformand, Dorte Steenberg.

Dansk Sygeplejeråd støtter lægerne

Sygeplejerskerne er klar med opbakning til lægerne i forbindelse med forhandlingerne med Danske Regioner. “Vi har en kæmpe udfordring med stigningen i antallet af ældre og kronisk syge patienter. I forvejen står den gruppe for op mod 80 pct. af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet. Og der er ingen tvivl om, at en velfungerende almen praksis er helt afgørende for, at vi kan klare det pres og undgå, at mange bliver indlagt. Jeg håber, at parterne kan mødes igen og skabe et godt grundlag for almen praksis i fremtiden,” sagde formand i Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til Berlingske.

Stolthed giver arbejdsglæde

Ny stor undersøgelse går i dybden på sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø. Sygeplejersker har travlt, men er ikke ofre.

TEKST: MADS KRØLL CHRISTENSEN

Sygeplejerskers arbejdsdag er præget af en stor arbejdsmængde og et højt arbejdstempo sammenlignet med andre grupper af lønmodtagere. Det viser en undersøgelse, som er lavet for Dansk Sygeplejeråd af Tage Søndergaard Kristensen, forsker og tidligere professor ved Arbejdsmiljøinstituttet. Undersøgelsen dokumenterer også et meget klart behov for prioritering af arbejdsopgaverne.

Nuancér offerrollen

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, fortæller, at et af formålene med undersøgelsen er at nuancere offerrollen.

"Når vi taler sygeplejersker og arbejdsmiljø, har der været tendens til primært at fokusere på de negative sider ved problemerne. Det kan bestemt være på sin plads, og er der problemer, skal de naturligvis frem i lyset. Men det er unuanceret og ikke særlig konstruktivt udelukkende at fokusere på de faktorer, der skaber et dårligt arbejdsmiljø," mener Dorte Steenberg og påpeger:

"Eksempelvis fremgår det af undersøgelsen, at vi som sygeplejersker føler os beriget med et udviklende og meningsfuldt arbejde. Flere end ni ud af 10 sygeplejersker synes ifølge undersøgelsen, at de yder en vigtig arbejdsindsats og deres arbejdsopgaver er meningsfulde. Og det er bestemt positivt for vores arbejdsmiljø."

Sygeplejersker er medspillere

Tage Søndergaard Kristensen mener, at sygeplejersker i høj grad kan påvirke deres eget arbejdsmiljø.

"I dag er vi nemlig hinandens arbejdsmiljø. De fleste af de forhold, vi udsættes for, handler om relationer til andre, f.eks. kolleger og ledere. Arbejdsmiljøet er ikke kun noget, vi udsættes for, men også noget, som vi er en del af. Du er en del af mit arbejdsmiljø, og jeg er en del af dit. Det betyder helt konkret, at arbejdsmiljøet star-

ter forfra hver morgen. Sygeplejerskerne er altså ikke ofre, men medspillere," forklarer Tage Søndergaard.

Stolthed skaber kvalitet

Traditionelt set har arbejdsmiljøundersøgelser fokuseret på andelen af stressede medarbejdere på en arbejdsplads, men sådan er det ikke længere, pointerer Tage Søndergaard Kristensen.

"Tidligere var moralen, at nogen må gøre noget. Og de ansattes trivsel var målet med et godt arbejdsmiljø. Den holder bare ikke, fordi formålet med en arbejdsplads ikke er, at de ansatte skal trives, men at de skal producere produkter eller ydelser til gavn for kunderne eller borgerne. Og når man gør det, så giver det stolthed og arbejdsglæde. Stolthed er en langt mere aktiv og personlig følelse end trivsel. Stolthed hænger sammen med god kvalitet i kerneopgaven og giver derfor meget mere mening for både sygeplejersker og patienter," understreger Tage Søndergaard Kristensen.

Kommuner har bedst arbejdsmiljø

Ifølge undersøgelsen findes det bedste arbejdsmiljø i almen praksis og på en række kommunale områder: sundhedsplejen, socialpsykiatrien og den kommunale forvaltning. Det dårligste arbejdsmiljø tegner skadestuer, de psykiatriske afdelinger og de medicinske afdelinger sig for.

"Man har i mange år talt om de dårlige forhold på de medicinske afdelinger, men der er tilsyneladende ikke rigtig sket noget. Undersøgelsen viser, at det er på tide at handle," påpeger Tage Søndergaard Kristensen.

Dorte Steenberg er på linje:

"Der er behov for en bred og forskelligartet indsats. I overskrifter vil vi sætte endnu mere fokus på de mange forandringer i sundhedsvæsenet, på dialogen med ansvarlige politikere og på, hvordan vi sam-

men med ledere, tillidsvalgte og sygeplejersker på de særligt belastede områder kan styrke arbejdsmiljøet."

Rapportens fulde længde er på 144 sider, men findes også i en kortere udgave. Begge kan frit hentes på www.dsr.dk/psykamø2012. Fagbladet Sygeplejersken bringer i efteråret 2013 en artikelserie om sygeplejerskers arbejdsmiljø, baseret på rapporten.

Effekter ved et bedre arbejdsmiljø

Professor Tage Søndergaard opridser i undersøgelsen tre effekter af en målrettet indsats for et bedre arbejdsmiljø.

1. Bedre trivsel, bedre helbred og mindre psykisk nedslidning blandt de ansatte
2. Bedre kvalitet, færre fejl og større produktivitet i sundhedsvæsenet
3. Større patienttilfredshed.

Kilde: "Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker" (2013).



Roskilde Kommune: Hjemmesygeplejersken er med

Sygeplejersker spiller en vigtig rolle for den kommunale sygeplejefaglige kvalitet. Roskilde Kommune har satset bevidst på tværfaglige hjemmeplejegrupper og på sygeplejersker som ledere af grupperne.

TEKST: ANNETTE HAGERUP



Hver dag lige før frokost mødes sygeplejersker og hjemmehjælpere (sosu-assistentter/sosu-hjælpere) i deres fælles plejegruppe for at diskutere, hvordan formiddagen er gået ude hos borgerne og for at planlægge dagens videre gang.

Stedet er Roskilde Kommune, hvor hjemmeplejens medarbejdere er delt op i syv enheder, der hver for sig har fælles base og fælles leder.

Plejegrupperne var tidligere opdelt i sygeplejersker og sosu-assistentter/sosu-

hjælpere, men den opdeling betød, at vigtig information risikerede at gå tabt faggrupperne imellem. Derfor besluttede man i 2007 at ændre hjemmeplejestrukturen, så hele gruppen nu møder ind sammen, og samtlige hjemmesygeplejersker kan have et dagligt møde med deres team.

Som formanden for Sygeplejefagligt Udviklingsråd i Roskilde, Britta Monrad ser det, er der kun fordele ved at flytte sygeplejen ud til hjemmehjælpsgruppen.

”Sygeplejerskerne kommer virkelig til at kende deres borgere,” siger hun og fortsætter:

”Sygeplejerskerne har mulighed for at give sosu-assistentterne besked om, hvad de skal være særligt opmærksomme på. På mødet i går talte de måske om, at en borger drak for lidt og besluttede at sætte ekstra saftevand frem til hende. Hvordan er det gået siden? Der er mulighed for hurtig opfølgning og indgriben.”

Bevidst valg

Britta Monrad var tidligere stedfortrædende ældrechef i Roskilde Kommune, men har siden januar været leder af det nyåbnede plejecenter Trekroner i Himmelev. Centeret har 107 beboere, og 14 af de 120 ansatte er sygeplejersker.

Det på landsbasis høje antal sygeplejersker er udtryk for et bevidst valg, man har truffet i Roskilde.

”I sommeren 2007 besluttede vi at afspecialisere sygeplejen her i kommunen. Vi havde på det tidspunkt en bred vifte af sygeplejespecialister indenfor f.eks. ernæring, kontinens, sårbehandling, demens, palliation m.v. Til gengæld havde vi kun få

” Hvis vi skal retfærdiggøre, at vi skal være mange sygeplejersker, må vi påtage os sygeplejen. Vi skal være med ude på gulvet.

– Maria Cisar, fællestillidsrepræsentant for alle hjemmesygeplejersker i Roskilde.

tilbage til at løse det, der efter vores opgave er den vigtigste sygeplejefunktion i en kommune, nemlig basisopgaverne,” fortæller Britta Monrad.

På det tidspunkt var der ca. 50 kommunale sygeplejersker i hjemmeplejen. I dag er antallet oppe på 130.

”Alle vore sygeplejersker er generalister, der kan løse alle basisopgaver. Vores filosofi var, at der ikke skulle være noget, vi ikke kunne klare i hjemmeplejen. For at opfylde den målsætning blev alle sendt på det nødvendige antal kurser for at få deres kompetencer opgraderet. I dag har vi kun demenskoordinatorer tilbage som egentlig specialistfunktion,” siger Britta Monrad.

Skal se hævede ankler

Sygeplejerske Maria Cisar fortæller, at det tætte samarbejde mellem faggrupperne giver sosuerne mere mod til at kontakte sygeplejersken i løbet af dagen, hvis der skulle opstå en situation, de gerne vil have vendt. De har altid mulighed for at tilkalde en sygeplejerske til en borgers hjem, så de sammen kan vurdere en problemstilling. Sygeplejerskerne disponerer selv deres tid og deres ydelse. Hvis

på gulvet

en borger er oppe på 15 timers personlig og praktisk hjælp i løbet af en enkelt uge, skal det automatisk udløse et "bekymringsbesøg" fra en sygeplejerske.

"Hvis vi skal retfærdiggøre, at vi skal være mange sygeplejersker, må vi påtage os sygeplejen. Vi skal være med ude på gulvet," siger Maria Cisar, som er fællestillidsrepræsentant for alle hjemmesygeplejersker i Roskilde. Hun arbejder til hverdag på Sankt Jørgensbjerg Plejecenter.

"Der er mange steder et billede af hjemmesygeplejersken som en konsulent, der kommer og tager sig af specifikke opgaver. Men hvis hjemmesygeplejersken kun kommer på drypvise besøg, går hun glip af helheden. Så ser hun ikke de hævede ankler, som kan være udtryk for begyndende emfysem, og hun ser ikke den mugne mad i køleskabet."

Hjemmehjælpskommissionen

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, blev i foråret 2012 udpeget til Hjemmehjælpskommissionen, som er nedsat af social- og integrationsministeren. Kommissionen har i løbet af det sidste år set nærmere på hjemmehjælpsområdet, herunder de kommende års udfordringer på området trivsel og livskvalitet blandt ældre i eget hjem og erfaringer fra udlandet. Det forventes, at Hjemmehjælpskommissionens rapport med en række anbefalinger til fremtidens hjemmehjælp bliver offentliggjort medio juni 2013.

LEDERFORENINGSVALG 2013

Valg til Lederforeningens bestyrelse

Stil op og skab resultater for ledende sygeplejersker

Har du overvejet at blive politisk aktiv i Lederforeningen? Stil op til efterårets bestyrelsesvalg i Lederforeningen og brug din mulighed for at få indflydelse på retningen for de ledende sygeplejersker i Danmark. Bestyrelsen har ansvaret for at varetage medlemmernes interesser i overensstemmelse med vedtægterne mv. for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd. Ved at stille op som kandidat kan du være med til at sætte dagsordenen og træffe vigtige beslutninger, som påvirker de ledende sygeplejerskers arbejde. Du kan stille op som formand, som næstformand eller som bestyrelsesmedlem i Lederforeningen.

Formand

Formanden er den daglige politiske leder i Lederforeningen, har ansvaret for Lederforeningens samlede drift og skal i samarbejde med bestyrelsen og Dansk Sygeplejeråd arbejde for at virkeliggøre Lederforeningens formål. Formanden er frikøbt på fuld tid.

Næstformand

Næstformanden er også frikøbt på fuld tid og indgår som en del af den daglige politiske ledelse. Det er første gang i Lederforeningens historie, at der skal vælges en frikøbt næstformand.

Bestyrelsesmedlem

Som bestyrelsesmedlem bevarer du dit daglige arbejde, men deltager i Lederforeningens bestyrelsesmøder.

Kongressen

Kongressen er Dansk Sygeplejeråds øverste myndighed. Der afholdes ordinær kongres hvert andet år, samt når der er vigtige emner at tage stilling til, f.eks. overenskomstresultater.

Lederforeningen har seks delegeretpladser i Dansk Sygeplejeråds kongres.

Hvem er opstillingsberettiget?

Du er valgbar, hvis du er ledende sygeplejerske og pr. 1. september 2013 er registreret som aktivt medlem af Dansk Sygeplejeråd. Ledende sygeplejersker på alle niveauer kan stille op. Valgperioden er to år. Du kan vælge, om du vil stille op til kun én af posterne, til to eller til dem alle.

Opstillingsfristen er den 30. september.

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Minnesota-behandling har hjulpet titusinder til et bedre liv – uden alkohol. Vi kan også hjælpe dig.

Behandlingscenter
T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon
70 20 40 80
www.tjele.com

Ole "Bogart" Michelsen

KREDSBESTYRELSESVALG 2013

Valg til kredsbestyrelserne Vil du have indflydelse?

Til efteråret er der valg til kredsbestyrelserne i Dansk Sygeplejeråd. Kredsbestyrelserne har ansvaret for at varetage dine interesser i det geografiske område, kredsen dækker.

Ved at stille op som kandidat er du med til at sætte dagsordenen og træffe vigtige beslutninger, som påvirker dine kollegers arbejde og udviklingsmuligheder. Du kan stille op som kredsformand, kreds næstformand og/eller kredsbestyrelsesmedlem.

Kredsformand

Kredsformanden er den daglige politiske leder i kredsen og har det overordnede ansvar for kredsens samlede virksomhed. Kredsformanden er frikøbt på fuld tid.

Kredsnæstformand

Hver af de fem kredse i Dansk Sygeplejeråd har et antal kredsnæstformænd, afhængigt af antallet af valgkredse i hver enkelt kreds. Kredsnæstformændene er også frikøbt på fuld tid og indgår som en del af formandskabet i den daglige politiske ledelse af kredsen.

Den kredsnæstformand, der får flestemmer blandt kredsnæstformændene i kredsen, bliver 1.-kredsnæstformand og sidder sammen med kredsformanden i Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse.

Kredsbestyrelsesmedlem

Som kredsbestyrelsesmedlem bevarer du dit almindelige arbejde, men deltager i kredsens bestyrelsesmøder og måske også i forskellige arbejdsgrupper nedsat af bestyrelsen. Der er bestyrelsesmøde ca. en gang om måneden.

Kongressen

Alle, som bliver valgt ind i en kredsbestyrelse, udgør samlet set Dansk Sygeplejeråds kongres, som er organisationens øverste myndighed. Der afholdes ordinær kongres hvert andet år, samt når der er vigtige emner at tage stilling til, f.eks. overenskomstresultater.

tige emner at tage stilling til, f.eks. overenskomstresultater.

Hvem er opstillingsberettiget?

Du er valgbar, hvis du er aktivt medlem af Dansk Sygeplejeråd og registreret som sådan senest pr. 1. september 2013.

Én, to eller tre poster

Senest den 30. september skal du anmelde dig som kandidat, hvis du har lyst til at stille op til bestyrelsen. Og du kan vælge, om du vil stille op til kun én af posterne, til to eller til dem alle.

Familieterapeutisk Center

**”RESSOURCEFOKUSERET
FAMILIESAMARBEJDE
I NÆRMILJØET”**
(Socialministeriets nye model)

Opkvalificering af familiekonsulenter, sagsbehandlere og andre professionelle i social- og sundhedssektoren.

Familieterapeutisk Center har 24 års erfaring med uddannelse i “systemisk strukturel familieterapi”, hvori forandringsfokus, ressourcefokus og uddelegering af kompetence til familiens medlemmer er de centrale elementer.

Uddannelseshold starter 16. september 2013
Få ledige pladser, tilmelding snarest!

www.ftc.dk, eller 98164975, 40855153
Skriftlig tilmelding til Ville Laursen,
Familieterapeutisk Center mail: villel@ftc.dk
eller Vejgaard Bymidte 29, 9000 Aalborg

Fornem pris til Kirsten Stalknecht

Reception og åbent hus torsdag den 20. juni 2013 i Kvæsthuset, København

Dansk Sygeplejeråds tidligere formand Kirsten Stalknecht modtog Christiane Reimann-prisen på den nyligt afholdte ICN-kongres i Melbourne. Prisen blev første gang uddelt i 1985 og gives hvert fjerde år til en eller flere sygeplejersker, som har udført en betydningsfuld indsats inden for sygeplejefaget eller i forhold til sygeplejefaget generelt. Prisen kaldes sygeplejens Nobelpris.

Dansk Sygeplejeråd markerer begivenheden ved en reception for Kirsten Stalknecht i Kvæsthuset, København, den 20. juni kl. 13.00. Efter receptionen er der mulighed for rundvisning i huset for alle interesserede gæster.



Foto: Researchgruppen

Dansk Sygeplejeråds tidligere formand Kirsten Stalknecht modtog sygeplejens Nobelpris, Christiane Reimann-prisen, på den internationale sygeplejerskeorganisation ICN's netop afholdte kongres i Melbourne, Australien.

Hver fjerde har problemer med vagtskema

Hver fjerde sygeplejerske har problemer med at få privatlivet og arbejdslivet til at hænge sammen. Det viser en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd.

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN

Det kan være svært at få hverdagen til at hænge sammen som sygeplejerske. Selvom det er blevet bedre, er problemet stadig så omfattende, at det er mere end hver fjerde sygeplejerske, der ofte eller jævnligt føler, at de gerne ville være til stede i både privatliv og på arbejdspladsen på samme tid.

"Det er meget problematisk, at arbejdstiderne går udover så mange sygeplejerskefamilier. Det resulterer i udbrændthed og stress og gør det sværere at fastholde dem i jobbet," siger Dansk Sygeplejeråds næstformand Dorte Steenberg.

Dansk Sygeplejeråd peger på selvtilrettelagt arbejdstid som en mulighed, og undersøgelsen viser, at netop det kan afhjælpe problemet. 41 pct. af sygeplejerskerne siger nemlig, at det "helt sikkert" eller "til en vis grad" ville være lettere at have både arbejde og privatliv, hvis de selv havde større indflydelse på, hvornår deres arbejdstid ligger.

"Vi står med et problem, der påvirker rigtig mange sygeplejersker, samtidig med at det rent faktisk kan afhjælpes. Erfaringerne fra Det Nationale Forskningscenter for

Arbejds miljøets store projekt med selvtilrettelagt arbejdstid viser, at der er meget at gøre med en ret enkel omstrukturering," siger Dorte Steenberg.

Undersøgelsen viser desuden, at der er stor forskel på, hvordan problemet opleves afhængigt af sektor. For de statsligt ansatte er det 33 pct., der oplever problemerne. I regionerne er det 31 pct., mens det i kommunerne er 22 pct. og 14 pct. blandt de privatansatte.



Intensivt internat med mulighed for fordybelse

Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi / Stressreduktion – Kreta – Danmark

Mindfulness-træneruddannelse, trin 1, 2 og 3
*eller har du bare lyst til, for din egen skyld, at lære mindfulness?
(Trinene kan tages uafhængigt af hinanden)*

Kognitiv Center Fyn udbyder for 10. år kurser i Mindfulness baseret kognitiv terapi / stressreduktion med psykologerne Lene Iversen og Peter Hørslev Rasmussen og psykiater Bodil Andersen for psykologer, læger og tværfagligt sundhedspersonale.

Læs mere om Mindfulness på www.kognitivcenterfyn.dk

Målgruppe: Læger, psykologer og tværfagligt personale.

Kreta:

Trin 1: 03.10– 10.10.2013. *Formål: At lære metoden og bruge den på sig selv.*

Trin 2: 01.05.-08.05.2014. *Formål: At lære at træne/ lave kurser for andre – for deltagere, der har erfaring med Mindfulness Meditation svarende til Trin 1.*

Kerteminde:

Trin 1B (4 dage): 19.-20.11.2013 + 18.-19.12.2013

Trin 1A (4 dage): 08.-09.01.2014 + 26.-27.02.2014

Trin 2B (5 dage): 17.-18.09.2013 + 26.-28.11.2013

Trin 2A (5 dage): 26.-27.05.2014 + 16.-18.06.2014

TRIN 3 – Helnæs, Fyn:

Trin 3 (4 dage): 07.-10.04.2014.

For yderligere oplysninger og tilmeldingsprocedure:
www.kognitivcenterfyn.dk

ZCD skolerne sætter fodspor overalt i Danmark



Den første sammenlutning af RAB registrerede skoler.

- Zoneterapeut uddannelser
- Akupunktur uddannelser
- Massage uddannelser m.fl.



Kontakt skolerne på www.ZCD.dk



Afklaring og nye tanker i Erslev

TEKST: SIGURD NISSEN-PETERSEN • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, var i klinik på Erslev Afklaringscenter i Morsø Kommune. Med centeret har Morsø Kommune tænkt i nye baner i forhold til tilbud og løsninger i det nære sundhedsvæsen. Det kunne mange andre kommuner lære af, mener formanden.

En klar og solrig dag i marts var Grete Christensen på besøg i Erslev - en lille by med godt 400 indbyggere på Mors i det nordjyske, i Morsø Kommune med ca. 20.000 borgere.

Fra centeret er der til den ene side udsigt over markerne, der følger Mors' bugtede landskab. Erslev Afklaringscenter ligger i udkanten af byen i en rød murstensbygning. Udefra virker den slidt, og man tænker, at det giver mening, at centeret flytter til en helt ny bygning i slutningen af året.

På centeret tager sygeplejerske Pia Jørgensen imod. Hun har inviteret Grete Christensen til Erslev, og sammen med sin kollega, sygeplejerske Helle Hansen og leder Jette Dissing, byder de på frokost i et tilstødende lokale.

"Men vi kan ikke være her så længe, for vi skal holde en 80-års fødselsdag," siger Pia Jørgensen.

Erslev Afklaringscenter

Afklaringscenteret er et tilbud til borgere i Morsø Kommune, der har brug for kortvarig døgncare eller aflastning. Her er fokus på koordinering af sammenhængende borgerforløb for de borgere, der er visiteret til midlertidigt døgnoophold på centeret. Borgerne bliver aktivt medinddraget i opholdets formål og forløb samt træffer valg om deres fremtidige boform. Borgerne styrkes i at genvinde kræfterne efter sygdom og blive mest muligt selvhjulpne igen, eller trods aldersbetingede svigt at opleve omsorg og tryghed.

Centeret har et tæt samarbejde med visitationen i kommunen, der visiterer borgere ind på centeret, når døgncare vurderes ikke at kunne ydes tilstrækkeligt i eget hjem, samt ved borgeres udflytning. Ligeledes er der et tæt tværfagligt samarbejde med Thisted Sygehus, praktiserende læger, Det palliative team, demenskoordinator, den sociale indsats m.fl.

På væggen i frokostlokalet hænger tegninger af det nye Afklaringscenter, der skal stå klar i slutningen af 2013. Det er ved at blive opført i nabobyen Øster Jølby ca. 2 km fra Erslev. Bygningen har 21 kanter og lægger sig dermed op ad en af Øster Jølby's hovedattraktioner, det ottekantede forsamlingshus i Øster Jølby.

Jette Dissing går hen til tegningen og peger. Der er gået mange tanker og idéer ned i tegningen af det nye center, der kom-

mer til at indeholde to gange 12 stuer fordelt i to sektioner. Der er ingen lange gange i det nye center. Tilsyneladende er der tænkt på alt for at kunne rumme og tilbyde sygepleje til borgere med vidt forskellige fysiske og psykiske behov.

Vaskemaskine på alle stuer

Stuerne skal være større, der skal være vaskemaskiner i alle stuer. Bakterier har det med at rejse med i tøjet og spredes via va-



skerum. Derfor er det langt bedre at vaske tøj på stuen.

De tre sygeplejersker glæder sig til, det nye center står klart. Det kommer til at ligge klos op ad et andet center rettet mod ældre borgere - Ansgarshjemmet - så sygeplejerskerne og deres øvrige kolleger på Afklaringscenteret kommer til at arbejde tættere sammen med nye kolleger, efter de er flyttet.

Gør patienter selvhjulpne

På centeret er opgaverne mange. Alt fra sårbehandling, pleje, pasning af pårørende til en døende og også pleje af døende, hvor centeret tager opgaven den allersidste del af livet i tæt samarbejde med palliativt team. Nogle kommer med et alkoholmisbrug og har brug for hjælp til at komme i balance med f.eks. ernæring og pleje, indtil de kan komme hjem igen.

Pia Jørgensen og Helle Hansen viser rundt i centeret. Gangene er lange og krydser hinanden. En del af det nuværende center er lukket af, fordi det ikke længere er sikkert at befinde sig i.

Det er et mål at gøre så mange som mu-

ligt selvhjulpne, så de kan vende tilbage til eget hjem. Det er også et mål at undgå indlæggelser, hvis plejen kan udføres på centeret i stedet. Og så er der overgange fra sygehus til eget hjem, hvor patienten bliver hjulpet den sidste del af vejen hjem til egen bolig.

Eneste af sin slags

Med den højt specialiserede funktion og de mange forskellige opgaver er Erslev Afklaringscenter det eneste af sin slags i Morsø Kommune. Kommunen omlagde fra traditionelt plejehjem til afklaringscenter i 2005. I erkendelse af, at der var brug for helt andre funktioner og tilbud. Og "slusefunktionen" har vist sig at være en god idé, lyder det fra Jette Dissing, Pia Jørgensen og Helle Hansen. Der er stor tilfredshed med centeret, viser undersøgelser foretaget blandt borgerne.

Inde på Pia Jørgensens og Helle Hansens kontor hænger der telefonnumre og andre sedler med overskrifter som "Vågekorpset" og "Ledsagerordningen" - en masse koordinering og tværfagligt samarbejde ordnes fra de to pladser i konto-

ret. Den direkte sygepleje ydes af social- og sundhedsassistenter, mens den komplekse og koordinerende sygepleje varetages af sygeplejerskerne.

Placeringen "ude på landet" giver både fordele og ulemper, lyder det fra Pia Jørgensen og Helle Hansen.

"Langt de fleste er glade for at være her fremfor på et sygehus, da vi skaber rum til trivsel og overskud til tryghed," siger Pia Jørgensen.

Gennemsnitligt er folk på centeret i seks uger.

Faglig og personlig udvikling

"Opgaverne har virkelig skiftet karakter. De er blevet mere komplekse, og det er utrolig varieret, hvad man kan få af udfordringer herinde. Derfor er jeg og mine kolleger virkelig glade for vores arbejde her på centeret. Vi har et arbejdsmiljø med fokus på faglig og personlig udvikling, hvor vi benytter os af de forskellige individuelle kompetencer for at kunne yde borgeren et individuelt tilrettelagt plejeforløb på et midlertidigt døgnophold," siger Pia Jørgensen.

Flere mænd skal vælge sygeplejen

TEKST: KRISTIAN FRISTED ESKILDSEN

Sygeplejefaget har altid haft svært ved at tiltrække danske mænd. Selv i dag er kun 3 pct. af sygeplejerskerne i Danmark mænd. Det arbejder projektet "Manden Som Sygeplejerske" på at lave om.

Kvinder er gode til omsorg. Mænd er gode til teknik. Sådan tænker mange mennesker. Ifølge chefspsykolog på Rigshospitalet, Svend Aage Madsen, opfattelsen bygget op over århundreder.

"Man siger, at køn er en konstruktion. Der ligger ikke noget genetisk i, at manden ikke skulle kunne yde omsorg," siger Svend Aage Madsen. Han har i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd og "Tænk tanken VM - viden om mænd" søsat projektet "Manden Som Sygeplejerske". Projektets formål er at nedbryde kønsstereotyper forbundet med valg af uddannelse, så flere mænd vil vælge at uddanne sig til sygeplejerske. I dag er kun 3 pct. af danske sygeplejersker mænd.

"Det er vigtigt, vi får blødt op for andelen af mænd i sygeplejen. Vi har en meget lav procentdel af mænd i sygeplejen, også hvis vi sammenligner os med lande som Norge og især Italien," siger Dorte Steenberg,

næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

Projektet har bl.a. spurgt kvindelige sygeplejersker, hvorfor de tror, mænd bliver sygeplejersker. Her mener kvinderne, at mænd bliver sygeplejersker ud fra et ønske om at arbejde inden for naturvidenskab og medicin og for at redde liv. Men sandheden er, at mænd søger ind i sygeplejen for at arbejde med mennesker og gøre en forskel. Nøjagtigt samme motiver som kvindernes.

"Hvis man fokuserer på, at det er teknikken i sygeplejefaget, der tiltaler mænd, så fastholder man en anden fordom: Nemlig at mænd altid er dem, der står for teknik," siger Svend Aage Madsen og fortsætter:

"Der er masser af ting i sygeplejen, der er traditionelt maskuline, men der er også omsorgsfunktioner. Og dem kan mænd også udføre, uden at de bliver feminine eller bøsser."

Tidligere måtte en mand ikke vise omsorg, men de seneste 20 til 30 år er den opfattelse ændret. Med det moderne faderskab kan en mand godt være omsorgsfuld. I 70'erne kom den bløde mand med hønsestrikk, der var blottet for maskulinitet. Denne figur blev for latterlig og endte hurtigt i skraldespanden. I midten af 80'erne

kom så Gillette-manden med reklamer, der klippede mellem manden, der kørte bil og besteg bjerge, til manden i bar overkrop, der gav sit barn et knus, fortæller Svend Aage Madsen.

Satser to steder

Projektet "Manden Som Sygeplejerske" sætter ind to steder. Det ene sted er i skolerne erhvervspraktik, det andet sted er på arbejdspladserne.

For at sprede viden til sygeplejerskers arbejdspladser har tillidsrepræsentanter og afdelingssygeplejersker fra Rigshospitalet været til workshop for at høre om projektets resultater.

Ønsker flere mandlige kolleger

7 ud af 10 kvindelige sygeplejersker efterspørger flere mænd i sygeplejen.

Kilde: Projekt Manden Som Sygeplejerske.

Projektet "Manden Som Sygeplejerske" fortsætter indtil udgangen af 2013.

Erhvervspraktik i sundhedssektor skal appellere til drenge

Nyt website om erhvervspraktik på hospitalet skal rokke ved mange drenge opfattelse af sundhedsvæsenet og få dem til at opdage nye karriereveje.

De færreste drenge i folkeskolen har gjort sig overvejelser om at komme til at arbejde i sundhedssektoren. Det er en af de væsentligste årsager til, at sygeplejerskeuddannelserne har så få mandlige studerende. Et nyt website fra Region Hovedstaden skal bane vejen for at ændre på det.

Allerede i dag har Region Hovedstaden lavet formaliserede praktikforløb på flere af regionens hospitaler, hvor skoleelever kan lære forskellige funktioner at kende.

Men det er næsten kun piger, der væl-

ger disse forløb, fortæller Marie Valentin Beck fra projektet "Manden Som Sygeplejerske". Projektet har udpeget netop erhvervspraktikken som en vigtig mulighed for at få drengene til at overveje en karriere som sygeplejerske.

"Hvis du er dreng og undgår de her praktikforløb, får du simpelthen ikke indblik i, hvilke muligheder der måske er for dig som dreng," siger hun.

Når Region Hovedstaden vælger at lave et website, skyldes det, at eleverne selv står for at finde en praktikplads. Derfor skal informationen være tilgængelig, når eleverne skal i gang med at søge. Websitet bliver nøje balanceret, så det både appellerer til

drenge og piger, fortæller Marie Valentin Beck.

Projekt "Manden Som Sygeplejerske" samarbejder med Rigshospitalet og Dansk Sygeplejeråd, hvor næstformand Dorte Steenberg siger:

"I Dansk Sygeplejeråd arbejder vi for, at der kommer en betydeligt større andel af mænd i sygeplejen. Det er nok for meget forlangt, at vi kan nå et mål, der hedder 50/50. Men at komme op på en andel som f.eks. i Italien, hvor der er 25 pct. mænd, ville jeg synes er absolut ønskværdigt. Også som et realistisk mål."

Det nye website lanceres i slutningen af august. Navnet ligger endnu ikke fast.

Udsmider eller sygeplejerske

TEKST: KRISTIAN FRISTED ESKILDSEN • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN



Henrik Rostgaard var aldrig blevet sygeplejerske, hvis ikke det var for en CD fra kommunen. Han elsker sit fag, selv om der er andre forventninger til ham som mand.

"Jeg troede, jeg skulle være ingeniør. Jeg havde læst matematik og fysik på højt niveau, men var træt af at læse og ville gerne ud og gøre noget med hænderne og noget med mennesker," fortæller Henrik Rostgaard.

Efter at have svaret på spørgsmål fra en kommunal CD om uddannelsesvalg blev han præsenteret for mulighederne: udsmider, sygeplejerske eller politibetjent. Som de fleste drenge havde han aldrig selv overvejet sygeplejerske. Set i bakspejlet synes han, han traf et heldigt valg, selv om det skete tilfældigt. I dag arbejder han på karkirurgisk afdeling på Rigshospitalet, hvor han oplever, at der er lidt andre forventninger til ham som mand.

"Nu er jeg jo stor, så ved forflytninger kommer kollegerne altid til mig. Og det er jo også fint nok. I forhold til patienterne kan de gamle damer mere, når jeg kommer ind til dem, end hvis det er en kvindelig kollega. Så skal de nete sig lidt. De føler sig også lidt mere trygge, hvis jeg kommer og går med dem, end hvis min kollega på 1,50, lille nips, kommer med dem. Det er lidt fjollet, for mine kvindelige kolleger kan præcis de samme ting. Men der er altså et eller andet der," siger han.

Ifølge undersøgelsen fra projekt "Manden Som Sygeplejerske" forventer kvindelige kolleger ofte, at mændene har styr på teknikken.

"Jeg ved ikke, om det er, fordi jeg er mand. Nok mere, fordi jeg har arbejdet her i lang tid, og det har interesseret mig mere end nogle af mine kolleger. Så så-

dan noget som dråbetæller. De ved jo, jeg kan, og så spørger de," fortæller Henrik Rostgaard.

Flere af hans kolleger giver udtryk for, at der er mindre "hønsegård", når kønnene er blandede.

"Nogle gange, når de sidder inde til konferencen, pigerne, får de hidset sig op over de mærkeligste ting og kører i ring over noget, én har sagt. Det er ligesom, når vi er blandet, så bliver der lagt en dæmper på det. Jeg ved ikke hvorfor. Der bliver bare en anden stemning."

Han har aldrig mødt fordomme til ham som mand inden for faget.

"Jeg forstår ikke helt, hvorfor det skal være et kvindesfag, hvis man kigger på arbejdsopgaverne. De ting, vi arbejder med, er jo ikke specielt for kvinder. Det er jo et spændende fag, for pokker."



Helbredstjek i infirmeriet

De 15 infirmerier i det danske forsvar sikrer, at tropperne er klar. Infirmerierne fungerer som lægehuse for værnepligtige og laver helbredstjek på det faste personale og danske soldater på vej i aktion i udlandet. Her er det afdelingssygeplejerske Jeannette Zimmer, som på infirmeriet på Flyvestation Aalborg giver et obligatorisk helbredstjek til overkonstabel af 1. grad Jens Glan. Der er travlt, når 400 nye værnepligtige skal tjekkes på en uge i forbindelse med, at der sendes tropper til Afghanistan eller Libyen. "I januar i år blev der med dags varsel sendt 40 mand fra Aalborg til Mali. Vi skal både nå at tjekke helbred og vaccinere, og der skal også være tid til profylaktiske samtaler. Det er vigtigt, for en hel lejr kan sættes ud af spillet, hvis dårlig håndhygiejne medfører, at der spredes diarré," fortæller Jeannette Zimmer.

(jh)

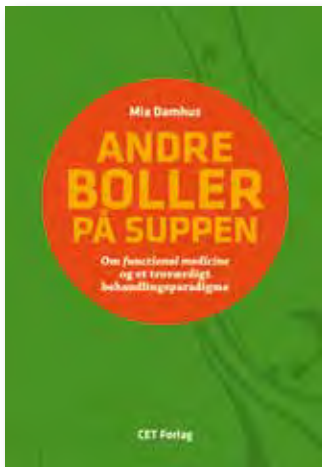


Videnskabelig saglighed bygger bro

Som selvstændig ernæringsterapeut, oprindeligt uddannet farmaceut og med en fortid som brygmester på Faxe bryggerierne har forfatteren Mia Damhus stor viden og erfaring indenfor ernæringsterapi og tilhørende discipliner.

Ernæringsterapi sigter på at bringe balance i krop og psyke ud fra behandlingsparadigmerne Functional Medicine (FM) og Orthomolekylær behandling. FM er en videnskabeligt funderet disciplin, der anvender kost, kosttilskud og livsstilsændringer som værktøjer til at påvirke ubalancer i kroppens systemer såsom hormoner og neurotransmittere, redox- og mitokondriefunktion, afgiftning og metabolisme, immunsystem, inflammatorisk respons, fordøjelse, absorption og tarmflora. Orthomolekylær behandling (OMB) er en medicinsk disciplin, hvor sygdom anskues som en følge af mangel på nødvendige biokemiske elementer som f.eks. vitaminer, mineraler, aminosyrer og fedtsyrer. Den tidligere radiodoktor, Carsten Vagn Hansen, er eksponent for denne behandlingsform.

Bogens klare force er, at der gives en biokemisk forklaring på, hvorfor nogle sundhedsråd er gode, og andre er decideret skadelige, samt hvorledes f.eks. forskellige kategorier af lægemidler skaber alvorlige ubalancer med kronisk sygdom til følge. Der gives forklaring på, hvorfor det i mange tilfælde er bedre at spise hele plantedelen end at indtage et af indholdsstofferne i ekstraheret



Mia Damhus

Andre boller på suppen

Om Functional Medicine og et troværdigt behandlingsparadigme

CET Forlag 2013

232 sider - 289 kr.

ISBN 978-87-990784-3-1

form som kosttilskud, og man bliver klogere på, hvorfor små doser af giftstoffer, som hidtil har været anset som ufarlige, kan starte et tilpasningsrespons, som får vidtrækkende helbredsmæssige konsekvenser. At plantestoffer også kan virke ved at modulere vores genetiske udtryk, hvorved de f.eks. stimulerer afgiftningenszymer, er en ny og spændende virkningsmekanisme.

Bogen formidler et vanskeligt stof og er også egnet som opslagsbog, selvom man desværre savner et alfabetisk indeks; men den detaljerede indholdsfortegnelse råder til en vis grad bod på dette.

Bogen står med sin videnskabelige saglighed stærkt i forhold til brobygningsprojektet mellem komplementær og alternativ behandling og det konventionelle sundhedssystem, som vi er mange, der ønsker styrket.

*Af Bodil Gyllembourg Lissau, cand.med.vet., BN.
Sygeplejerske i Rudersdal Kommune, Ældreområdet.*

Den store hearthunter

Den nye bog om Thyra Frank udgives som én af en serie på 12 bøger, som lanceres af Mandag Morgen for at præsentere historier om særligt vellykkede ledelsesforløb.

Indledningsvis understreges det, at det netop er præstationen, der fokuseres på, og ikke personen. Men det holder ikke, når det er Thyra Frank, det drejer sig om. I hele bogen centrerer beretningen sig om Franks rolle, hendes nærvær og den måde hun påvirker sine omgivelser på. Der lægges i den grad vægt på, at hun er nogen langt mere end noget.

Måske fordi vi her i Danmark er dybt forelskede i det uformelle og skeptiske over for det belæste, slipper Frank af sted med at glemme møder og komme for sent,

Mikael Lindholm og Frank Stokholm

Thyra Frank & Plejehjemmet Lotte

Den danske ledelseskanon, 6

Gyldendal Business 2013

112 sider - 200 kr.

ISBN 9788702107241



Skjult skam må frem i lyset

Evnen til at føle skam er et grundlæggende medfødt følelsesberedskab. Skam vedrører den, man er, og det at blive set som den man er. Når værensoplevelsen forstyrres, opstår skammen, og er man først ramt af skam, mister man sin selvforståelse. Skam handler ikke om det, man har gjort, men om den, man er og om at være god nok. Svigtende selvforståelse opstår allerede hos det lille barn, når det ikke bliver mødt med anerkendelse. Hvis det ikke finder genklang og accept i forhold til det, det mærker, lades det tilbage med en skamfuld følelse af forkerthed og ensomhed.

Skam er knyttet til selvet og samtidig relationelt. I bogen tydeliggøres det, hvor gennemgribende fænomenet er og alligevel overset af mange behandlere. Skam i form af forkerthedsfølelse kan føre til psykisk lidelse. Ensomheden følger uvægerligt med og kan i sin yderste konsekvens føre til selvmord. Bogen rummer kapitler om selvdestruktivitet, om skam og ære samt om behandling af skam.

En af bogens pointer er, at den bedste forsikring mod forkertthed og skam er at kunne hvile i sig selv. At kunne hvile i sit eget nærvær er en effektiv måde at modstå omverdenens normer for, hvad det vil sige at være rigtig. Skam fortæller om et uforløst ønske om nærhed, og et af bogens budskaber er, at man som behandler



Lars J. Sørensen

Skam - medfødt og tillært

Hans Reitzel 2012

183 sider - 250 kr.

ISBN 9788741257099

af mennesker med psykiske lidelser skal tænke mindre på teorierne og mere på at være til stede i mødet med patienten. Forfatteren appellerer til, at man flytter fokus fra at kigge på, hvordan patienten er blevet forkert i sin sygdom, til hvordan han er blevet forkert behandlet af sin tilværelse og af andre mennesker. Mennesker har brug for at blive set og respekteret i stedet for at blive set på og vurderet.

Bogen er lille af omfang, men emnet er stort og grundigt beskrevet. For alle, der arbejder

i psykiatrien, er den særdeles vedkommende ikke mindst fordi, skam er en dimension, der sjældent fokuseres ret meget på, idet den fremtræder skjult, men til gengæld spiller en væsentlig rolle i forståelsen af, hvad der ligger bag udviklingen af den psykiske lidelse.

Af Sonja Bech, afdelingssygeplejerske på Rehabiliteringsafsnittet, Psykiatrisk Center Ballerup.

fordi det i hendes tilfælde forvandles til bevis på en prisværdig uformelhed.

Ingen tjekker Franks udsagn eller stiller kritiske spørgsmål. Beretningen om dengang Frank skrev en check på 90.000 kr. til den mand fra kommunen, der hævdede, at Lotte kunne spare på maden, hvis de opgav at lave den selv og i stedet brugte kommunens madordning, afføder ikke et spørgsmål om, hvor pengene kom fra.

Det godtages også uden videre, at Frank har telepatiske evner og kan fornemme døde dyr og mennesker på Lotte, selv om hun sidder i Palma de Mallorca.

Den undren, der kunne være over, at Frank på den ene side jamrer over en

fornæret offentlig sektor og på den anden side er medlem af liberal alliance, bliver heller ikke luftet.

Det må være Franks personlige udstråling, der freder hende i klasse A. Men det hører med til historien, at hendes antiautoritære standpunkt har potentialitet til at skabe forandring. Hun fastholder f.eks. personale efter deres værdier og lægger ikke særlig vægt på deres kompetencer, og hun følger på godt og ondt sin intuition. Det er i det lys, vi skal se Franks uomtvistelige succes med at skabe en tiltrængt diskussion om ældreplejen.

Af Karen Ellen Spannaw, sygeplejerske og etnograf.

KORT NYT OM BØGER

Peter Fahmy, Troels Bygum Knudsen

Blodprøver 2. udgave

Munksgaard 2013

198 sider - 240,00 kr.

ISBN 9788762810198

Revideret udgave, hvor nye blodprøver er med, og de, der ikke længere anvendes, er udeladt.

Bogen er opdelt i tre dele, praktisk blodprøvetagning, en alfabetisk opslagsdel, hvor man kan se, hvad f.eks. en basisk fosfatase kan bruges til, og en del, der beskriver udvalgte organprøver og prøvesamlinger, f.eks. leveralt.

Bogen er lækkert layoutet, det skaber overblik og klarhed over teksten.

Fænomenologi for feinschmeckere

Lad det være sagt med det samme: Denne antologi er ikke velegnet som undervisningsmateriale for sygeplejerskestuderende. Dertil er den for svær. Ikke desto mindre har jeg læst den med stor fornøjelse og mener, at nogle af kapitlerne med fordel vil kunne anvendes af sygeplejersker på videreuddannelse og med et vist forhåndskendskab til fænomenologisk filosofi. Redaktøren er tilknyttet Sociologisk Institut på Københavns Universitet, og de øvrige forfattere har også en baggrund, der ligger langt fra sygepleje. Bogen udmærker sig ved at være skrevet i et letforståeligt sprog under nogle "catchy" overskrifter, der pirrer læserens nysgerrighed og læselyst. F.eks. kunne jeg ikke vente med at læse afsnittet "Om hvad livsverdensfænomenologi ikke er" i Henning Bechs kapitel "Livsverdensmetode". Nogle af fænomenologiens nøglebegreber bliver beskrevet gentagne gange gennem bogen, f.eks. begrebet "epoché", der behandles ikke færre end 12 gange. Så hvis man ikke forstår den ene udlægning, er man sikkert med på en af de øvrige. Nogle vil måske mene, at sådanne gentagelser er et tegn på, at bogen er svagt redigeret. I dette tilfælde mener jeg imidlertid, at gentagelserne fjører nye substantielle og sproglige facetter til beskrivelserne.



Bjørn Schiermer (red.)

Fænomenologi

Teorier og metoder

Hans Reitzels Forlag 2013

278 sider - 300 kr.

ISBN 9788741255996

Bogen skitserer fænomenologi som en bevægelse i udvikling, til stadighed nuanceret og forandret af Husserls arvtagere. Men spørgsmålet om, hvorvidt fænomenologisk filosofi kan omsættes til en metode, der kan anvendes af empiriske forskere, lades ubesvaret. Der er ingen opremsning af konkrete håndgreb, og det er faktisk en befrielse, da der i forvejen findes flere fænomenologiske ko-

gebøger. Må du prioritere et enkelt kapitel, så læs Ulla Thøgersens "Om at indstille sig fænomenologisk – Merleau-Pontys refleksionsbegreb", som, udover at dække det overskriften lover, behandler flere af fænomenologiens nøglebegreber på en lettilgængelig måde.

*Af Bente Martinsen, adjunkt, ph.d.,
Institut for Folkesundhed, Sektion for sygepleje, Campus Emdrup.*

KORT NYT OM BØGER

Ole Thage

Hvordan går du?

Fodnoter om gangens kultur og biologi

Lindhardt og Ringhof 2013

192 sider - 299,95 kr.

ISBN 978-87-11-38226-4

Gang er næsten lige så karakteristisk for et menneske som fingeraftryk, og gang kan f.eks. bruges til at identificere en forbryder på et overvågningskamera.

Forfatteren er neurolog og tidligere overlæge, han har set patienter med gangproblemer og diagnosticeret deres sygdomme i nervesystemet, og nu har han skrevet en skæv bog om gang i kunsten, gangens betydning for kendte danskere, gang som disciplinerende aktivitet og gang som et middel til tankegang. For ikke at tale om gang i musikken. Gang er mange ting, f.eks. kan man slentre, traske, trisse, marchere, tonse, okse eller slæbe sig af sted, får man at vide.

Hatten af for en person, der skriver en engageret bog om et emne, der forekommer selvfølgelig og ikke spor kunstnerisk.

Jørgen Lange Thomsen

Retsmedicineren

Mit liv med døden som ledsager

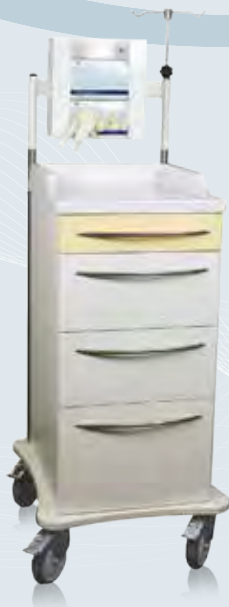
Gyldendal 2013

288 sider - 299,95 kr.

ISBN 978-87-02-14051-4

Han ser meget direkte på mig, forfatteren på det lidt grynede forsidebillede, og han skriver ligesådan. Direkte. Om hvordan en obduktion foretages, undersøgelse af mordofre, døde dykkere, voldtægtsofre, incestofre og forbrydelser i Grønland. Hertil kommer arbejdet med at identificere ofre for terroren mod World Trade Center og tsunamien. Et omrejsende og interessant arbejdsliv har han haft, retsmedicineren, som nu er blevet 69 år og i store træk har planlagt sin egen begravelse. Han skal ikke obduceres.

(jb)



CareVan V10

Lille vogn med fire skuffer og topplade i plast. Mulighed for indretning med de skuffestørrelser der ønskes, ligesom skufferne kan indrettes i mindre rum med fleksibel indretning.



CareVan V20

Skufferne fås i fire forskellige højder og kan indrettes med fleksibel inddeling i mange mindre rum. Alle skufferne er desuden konvertible med 60/40 modul bakker, og kan derfor anvendes sammen med eksisterende system eller andre vogne.



Bliv frivillig netrådgiver på Livslinien

Det at være netrådgiver har givet mig en professionel træning i at tage den selvmordsforebyggende samtale. Særligt har den skriftlige dialog med kriseramte mennesker skærpet min forståelse for skriftlig kommunikation. Og så bliver du en del af et stærkt og engageret kollegialt fællesskab med god sparring.

Helle, psykologistuderende og netrådgiver på Livslinien

Ansøgning sendes til: net@livslinien.dk senest 4. juni 2013. Læs mere på www.livslinien.dk eller scan koden i billedet.

LIVSLINIEN

Du passer på os



Når vi mennesker ikke selv kan, passer du på os. Det er du uddannet til. Men når du virkelig gør en forskel, kommer det fra dig selv og den professionelle indstilling, du har til dit job.

Når vores måde at drive forsikrings-selskab på adskiller sig fra andre, er det ikke noget, der kan beskrives i

paragraffer. Det handler om holdning og handling. I Bauta Forsikring er du medlem. Ikke kunde. Det betyder for eksempel, at overskud kommer medlemmerne til gode. Vi bygger på gensidig tillid, og ingen får større fordele end andre. Og så ligger vores priser for øvrigt i den lave ende.

At vi har valgt at passe på dem, der passer på andre, gør os til et anderledes forsikrings-selskab. Læs mere om hvad det betyder, og om du kan blive medlem på bauta.dk/sundhed

Vi passer på dig



Kontakt os for et tilbud

www.bauta.dk/sundhed • 33 15 15 45



BAUTA FORSIKRING
– en del af LB Forsikring

Nej til medicineringsfejl

AF GRETHE SEIERSEN, SYGEPLEJERSKE

Hvordan kan fejlmedicinering i ældreplejen minimeres? En måde kan være at lade apotekerne dosere hver brugers medicin i pakninger, som apotekerne leverer.

På hver lille pose står der brugerens navn, CPR-nummer samt den ordinerede medicin angivet med styrke og dosering til de forskellige tidspunkter i døgnet.

Det koster bare nogle få kroner og vil samtidig spare personalet for den tidsrøvende procedure. En sikker og god måde at undgå alle de fejl, som uafladeligt opstår.

Ikke på alle plejecentre/plejehjem er der sygeplejersker nu om dage!

Selvfølgelig skal der personale til at hjælpe brugerne med at indtage deres medicin, hvis disse ikke selv er i stand til at klare det. Men tidsforbruget for sygeplejerskerne er på denne måde stærkt reduceret og sikkerheden betydelig.

Metoden er ikke ny, men ikke alle kender den.

Den er lige anvendelig såvel på plejehjem som i hjemmeplejen - eller bare for mennesker, som føler sig mere trygge med deres nødvendige medicinering.

*Grethe Seiersen, Silkeborg, er
forhenværende plejehjemsleder.*

Svar

Kære Grethe

Tak for din beskrivelse af dosisdispenseret medicin som en af løsningerne på de mange medicineringsfejl i primærsektoren.

Jeg er enig med dig i, at dosisdispensering har mange fordele, men desværre også nogle ulemper, som gør, at det kun er relevant for en bestemt gruppe af patienter. I 2012 udkom en rapport baseret på et forskningsprojekt om patientsikkerheden ved dosisdispensering, som bl.a. peger på, at det kun er den stabilt medicinerede patient, som vil have gavn af dosisdispensering. Du kan finde rapporten her: www.patientsikkerhed.dk > Indsatsområder > Sikker medicinering > Dosisdispensering > Fra maskine til mund

Jeg er helt enig med dig i, at det er nødvendigt, at vi får løst problemerne med fejlmedicinering, og et stort skridt på vejen hertil er flere sygeplejersker og at sikre, at alt personale er uddannet i medicinhåndtering.

*Venlig hilsen
Grete Christensen,
formand.*

SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i Sygeplejersken.

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum.

Længere indlæg forkortes af redaktionen. Der henvises generelt til regler for debat i Sygeplejersken på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

Debatindlæg sendes til:

*Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30 • 1250 København K,
eller redaktionen@dsr.dk*

Fire om at blive årets sundhedsplejerske

Prisen som årets sundhedsplejerske er blevet uddelt, denne gang til fire sundhedsplejersker, som har etableret et fælles projekt i Kalundborg Kommune. Derfor deler de prisen på 10.000 kr.

De fire sundhedsplejersker har etableret to sorggrupper for børn og unge under 18, som har enten livstruende sygdom eller dødsfald i den nærmeste familie. Sorggrupperne bearbejder sorg og krise gennem samtaler, breve, fortællinger, musik, cafébesøg, film og besøg på kirkegården. Desuden fejrer gruppen børnenes fødselsdage. Det har betydning,

at der også bringes glæde, oplevelser og "almindeligt liv" ind i børnenes dagligdag.

Under overrækkelsen af prisen talte Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen:

"Børn i sorg skal have hjælp. Der er evidens for, at tidlig indsats er nødvendigt, for at børn, som har mistet, kan blive hele mennesker igen. Børn har tendens til også at beskytte deres stadig levende søskende og forældre så meget, at de undertrykker deres egne følelser. Det kan føre til depressioner, selvskadende adfærd og andre alvorli-

ge problemer. Derudover bliver en del børn ramt af omsorgssvigt i familier, der er særlig hårdt ramt af sygdom og død. Her kan sorggruppen være med til at bryde isolationen."

Og netop det har de fire vindere bidraget til. Med Grete Christensens ord:

"Årets sundhedsplejersker er kort sagt med til at gøre det, der er svært, mindre tungt at bære. Og dermed gøre de en afgørende forskel for børnene og deres familier."

De fire prismodtagere er Kirsten Lundberg, Lene Storbank Bysted, Mai-Britt Nielsen og Mette Schjeldal Yde.



Markante institutioner i dansk sygepleje jubilerer

Tre markante institutioner inden for dansk sygepleje kan i år fejre runde jubilæer. I denne måned er det 150 år siden, Diakonissestiftelsen indviede sine første bygninger på Frederiksberg, og til september er det ligeledes 150 år siden, Kommunehospitalet i København blev indviet. Samme måned kan Bispebjerg Hospital fejre 100 års jubilæum.

De tre institutioner har haft stor betydning for udviklingen af sygeplejen i Danmark. På Diakonissestiftelsen blev grunden lagt til den første faglærte sygepleje i Danmark – efter tysk forbillede hentet hos de protestantiske diakonisser i Kaiserswerth. I 1876 blev starten på den verdslige sygepleje – døtre af det bedre borgerskab blev oplært i sygepleje – taget på Kommunehospitalet, og det var sygeplejersker herfra, som lagde grunden til Dansk Sygeplejeråd i 1899.

I 1913 blev Bispebjerg Hospital indviet, og efter strengt engelsk forbillede blev den første danske stilling som forstanderinde for sygeplejen oprettet. Stillingen blev besat af Charlotte Munck, som sidenhen blev formand for Dansk Sygeplejeråd 1927-1932. Det var også herfra, kursen blev lagt for en national dansk sygeplejerskeuddannelse, først og fremmest gennem udgivelsen af "Lærebog og Haandbog i Sygepleje" i 1926. Charlotte Munck redigerede den.

Sygeplejersken markerer jubilæerne med tre små temaer. Det første bringes i dette nummer, de to næste til september.

Den danske sygepleje be

TEKST: HENRIK BOESEN

Diakonisserne lagde for 150 år siden grunden til den moderne sygepleje i Danmark

I 1863 begyndte nogle få kvinder i en villa på Frederiksberg at pleje syge mennesker. På få årtier skulle deres holdning til plejen udvikle sig til noget, eftertiden regner som den første systematiske tilgang til at udanne sygeplejersker i Danmark. På et kristent grundlag arbejdede diakonisserne både på stiftelsens eget hospital og i private hjem. Deres arbejde var åbenbart nødvendigt, for efter blot 13 år kunne diakonisserne tage et nyt stort hospital i brug, det nuværende på Peter Bangs Vej, ligeledes på Frederiksberg.

Det begyndte i Tyskland

Diakonisserne er den protestantiske kirkes svar på de katolske nonner, og begrebet diakonisser opstod i byen Kaiserswerth nær Düsseldorf i Tyskland. Her grundlagde i 1836 den lokale præst Theodor Fliedner sammen med sin kone Friederike en uddannelse for kvindelige plejere. Han, der tilhørte den protestantiske kirke, havde erfaret, hvad nonnerne formåede at gøre for de syge, og ønskede at skabe en protestantisk modvægt til denne organisation.

Området omkring Düsseldorf var fortrinsvis katolsk beboet område, og Theodor Fliedner så det som sin opgave at hjælpe mindretallet af sine protestantiske sognebørn imod sygdom, nød og arbejdsløshed i årene efter Napoleonskrigenes hærgen. Ud over at sætte plejen af de syge i system havde han også forestået oprettelse af hjælpeinstitutioner for bl.a. løsladte kvindelige fanger samt igangsat skoler for mindre børn og et uddannelsessted for kvindelige lærere.

Uddannelsen af de kvindelige sygeplejere udviklede sig til den første evangeliske diakonisseanstalt, som leverede arbejdskraften til det lille hospital.

I 1851 fik hospitalet besøg af Florence Nightingale, som opholdt sig på stedet i tre

måneder. Her modtog hun undervisning i pleje af syge og blev ved afrejsen velsignet af Theodor Fliedner.

Organisering nødvendig

Også i Danmark var der i 1800-tallet brug for organiserede kræfter, som kunne tage sig af syge og nødstedte i den hastigt voksende befolkning. Koleraens hærgen i København i 1853 havde dokumenteret, at sundhedssystemet fungerede dårligt, og at der måtte gøres noget. Bl.a. derfor kom katolske Skt. Josephsøstre fra Frankrig til Danmark i 1856 for som de første ordenssøstre at oprette hospitaler. Og Københavns Kommunehospital blev projekteret for at lappe på kommunens dårlige samvittighed over den manglende kloakering. Men der var plads til flere tiltag.

Med sin protestantiske baggrund ønskede den tyskfødte kronprinsesse Louise, som senere blev Christian den 9.s dronning, at skabe en institution, hvor danske kvinder på et kristent grundlag blev engageret i at arbejde for syge, gamle og børn.

Kronprinsessen fik gennem sine forbindelser med kvinderne i det bedrestillede københavnske borgerskab kontakt med den stærkt religiøse velgørenhedsarbejder Louise Conring, inspektrice ved den kongelige fødsels- og plejestiftelse i København. Hun fulgte opfordringen fra kronprinsessen om at tage en uddannelse med henblik på at kunne lede den første danske stiftelse for diakonisser, og derfor kom Louise Conring efter uddannelsesrejser i Sverige, Tyskland og Frankrig til Kaiserswerth, hvor hun blev indviet som diakonisse i 1863.

Stiftelsen i København

Samme år blev den første diakonissestiftelse i Danmark med Louise Conring som forstanderinde indrettet i en mindre bygning i Smallegade på Frederiksberg, en lille landsby fjernt fra hovedstaden. En diakonisse fra Stockholm hjalp med at udanne de første

gyndte på Frederiksberg

danske søstre, og i de følgende mange år udvikledes en formaliseret uddannelse, først og fremmest med praktisk tilgang til arbejdet. Blandt de første opgaver for diakonisserne var plejen af de døende og lemlæstede soldater fra krigen ved Dybbøl i 1864.

Formaliseret teoretisk uddannelse

13 år efter indflytningen i Smallegade, i 1876, stod bygningerne på Peter Bangs Vej klar til at blive taget i brug. Bygningerne står den dag i dag og er fredet i den højeste fredningsklasse.

Siden de første år i Smallegade havde Diakonissestiftelsen hele tiden arbejdet på en forbedring af uddannelsen. I 1891 afløste søster Sophie Zahrtmann Louise Conring som forstanderinde, og under hendes ledelse blev igangsat en systematiseret uddannelse af kvinderne. Den kulminerede i 1913 med, at Diakonissestiftelsens bestyrelse sagde god for at påbegynde en egentlig treårig teoretisk og praktisk uddannelse til sygeplejerske.

Kvindehistorie i bogform

Diakonissestiftelsens 150-årige historie er historien om kvinderne, som med eller imod familiernes accept fik en uddannelse, et selvværd og en chance for at stå på egne ben. Diakonissestiftelsens forskningsleder Susanne Malchau Dietz udgiver i anledning af jubilæet forskningsprojektet "Køn, kald og kompetencer. Diakonissestiftelsens kvindefællesskab og omsorgsudannelser 1863-1955" i bogform. Den beskriver med baggrund i en database med næsten 2.000 diakonissers levnedsbeskrivelser historien om et kvindekollektiv, som i kraft af det fællesskab, de skabte, fik styrke til at gøre noget stort og enestående, og som sidenhen lagde fundamentet til store dele af det omsorgsarbejde, der udføres i dag. Bogen er udgivet på Nyt Nordisk Forlag og koster 299 kr.

Læs om Diakonissestiftelsen på www.dsr.dk og www.diakonissestiftelsen.dk



ARKIVFOTO: DIAKONISSESTIFTELSEN

Diakonissestiftelsen 1975. Diakonielelv Bente Birkmose Jacobsen med en partient. Bemærk skriftstedet over døren. Skriftsteder på væggene findes overalt på Stiftelsen og vidner om diakonissernes kristne tilgang til sygeplejen.



"Jeg var glad hver eneste dag under uddannelsen og havde ikke en sygedag i fire år," husker hjælpesøster Edna Mikkelsen om sin første tid på Diakonissestiftelsen.

Dengang vidste man, hvem afdelingssygeplejersken var

AF JETTE BAGH, CAND.CUR., FAGREDAKTØR • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

I anledning af Diakonissestiftelsens 150-års jubilæum har Sygeplejersken talt med hjælpesøster Edna Mikkelsen, som blev uddannet sygeplejerske på stedet fra 1944-1948.

Overtøjet skal lægges på sengen, inden vi træder ind i den venligt møblerede lejlighed, og så får både fotografen og jeg en opgave, som vi skal løse, inden vi arbejder. Opgaven bliver præsenteret med myndighed i stemmen og en forventning om, at den bliver løst nu og her. Fotografen skal skifte batteri på 92-årige Edna Mikkelsens høreapparat, jeg skal læse en hilsen, så Edna Mikkelsen får vished for, hvem der har sendt hende en buket blomster.

Edna Mikkelsen er 92 år og ugift. Hun er nummer et ud af fjorten børn og blev uddannet sygeplejerske på Diakonissestiftelsen i perioden 1944-1948. Siden fungerede hun som hjælpesøster på stedet kun afbrudt af et halvt år i Skotland og et ophold i Norge, hvor hun lærte anæstesi. Hun arbejdede på Diakonissestiftelsen fra 1954, bl.a. med børn med læbe-gane-spal-

te, og hun boede i umiddelbar nærhed af Diakonissestiftelsen i 50 år.

Flytningen til en plejebolig i Søster Sophies Minde tæt på Diakonissestiftelsen for et par måneder siden var mere belastende, end hun troede, trods god hjælp fra den nære familie.

Hvad var det bedste ved datidens sygepleje?

"Det bedste ved sygeplejen dengang var, at afdelingssygeplejersken var til stede på afdelingen. Dengang vidste man, at hun var der, og man kunne henvende sig til hende. Hun fulgte nøje med i hver elev, og hvordan man var over for patienterne. I dag ved man ikke, hvem afdelingssygeplejersken er."

Hvad var det værste ved datidens sygepleje?

"Jeg var glad hver eneste dag under uddannelsen og havde ikke en sygedag i fire år. Et menneske, der bare er glad, yder jo også meget."

Den første aften i uddannelsen bød på kirkegang efter en meget lang rejse fra Randers, og det fik Edna Mikkelsen til at udbryde: "Skal vi i kirke hver aften i fire år, så rejser jeg."

Edda Mikkelsen ønskede ikke at blive diakonisse, så hun blev sygeplejerske og hjælpesøster, som er betegnelsen for sygeplejersker, som ikke ønskede at være diakonisser.

Men ånden på Diakonissestiftelsen var både under uddannelsen og senere hen den kristne, fortæller Edna Mikkelsen.

Et godt råd til nutidens sygeplejersker?

"Sygeplejersker skal være mere synlige på afdelingen, også afdelingssygeplejersken. En synlig afdelingssygeplejerske ved, hvad hendes personale står for. Sygeplejersker skal lære så meget teori som muligt, men den skal også kunne omsættes. Det er ikke nok at sidde foran en computer."

Et godt råd til nutidens patienter?

"Man bør give hospitalet besked, hvis der er noget, man ikke er tilfreds med. Men nogle gange får man måske ikke gjort det, fordi der går for lang tid."

En venlig hilsen til en sygeplejestuderende fra dig?

"Man skal kunne sin teori og være hos patienten."

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 55 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

Skriv til Fag. Læs Sygeplejerskens manuskriptvejledning på www.dsr.dk > Sygeplejersken og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen jb@dsr.dk



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Vi skal da ha' et glas vin

Alkohol-kulturen i Danmark byder os at drikke ved enhver lejlighed. Fællesmiddage i folkeskolen, afslutning i det rytmiske kor, på caféen en sen eftermiddag. Alle vegne er der tradition for en genstand eller to. Det er en tendens, forfatterne til Teori & Praksis-artiklen side 79 mener, sygeplejersker skal være opmærksomme på. Det er langtfra nok at spørge til antal genstande, det er lige så vigtigt at finde ud af, hvordan drikkekonteksten ser ud, for det er her, man kan ændre vaner, hvis det er nødvendigt.

"Hvordan vurderer du dit eget forbrug af alkohol," spørges der til slut i læsertesten. Ja, stop op og tænk.

Den tilstand, der blandt patienterne kaldes kemohjerne eller kemotåge, er blevet undersøgt på Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital. Læger og sygeplejersker er blevet spurgt, om de kender fænomenet og symptomerne, og hvordan de intervererer, når eller hvis patienterne nævner dem. For patienterne og deres familie er det befriende, at der langt om længe bliver talt åbent om det, som både opleves pinefuldt og skræmmende. Læs mere på side 66.

I stedet for at tale om, at patienten er angst eller depressiv som en følge af alvorlig sygdom, foreslår forfatterne til artiklen på side 75, at sygeplejersker fokuserer på de oplevede følelser, som er et forstadium til en eventuel depression. Ved at gøre det kan sygeplejersker gennem samtale med patienten fremme mestring af tilstanden, inden den udvikler sig til en egentlig mental lidelse.

Fra forsker til fag præsenterer denne gang forskning i psykiatrisk sygepleje, nærmere bestemt interaktionen med patienten, læs mere på side 63.



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Behandlersygeplejersker

AF JANNE TOFTDAL DYNESEN, UDVIKLINGSKONSULENT PÅ AMAGER OG HVID OG EVY RAVN, FAGLIG SYGEPLEJELEDER, HJEMMEPLEJEN AMAGER, KØBEN

De første erfaringer fra et banebrydende tværsektorielt projekt på Amager viser, at både borgere og sygeplejersker fra primær sektor har stor glæde af behandlersygeplejerskernes ekspertise.

På Amager Hospital har det længe været Akutklinikken opfattelse, at transport og ventetid i en travl Akutklinik kan udgøre en større belastning for udsatte borgere end den skade, borgeren har pådraget sig. Samtidig viser tidligere undersøgelser, at patienter med mindre skader får en sufficent vurdering og behandling af specialuddannede sygeplejersker i en skadeklinik (1).

Akutklinikken på Amager Hospital har på den baggrund iværksat projektet "udgående akutklinik", hvor patienter med mindre skader tilbydes vurdering og behandling i deres eget hjem af erfarne behandlersygeplejersker. Målgruppen for projektet er ældre borgere, som er afhængige af liggende transport og evt. ledsagelse af plejepersonale, samt borgere med mentale handicap, hvor henvendelse i Akutklinikken er forbundet med stor utryghed.

Det er Akutklinikken opfattelse, at mange af disse patienter vil kunne behandles for deres mindre skader på deres hjemadresser, hvorved ventetid og utryghed kan reduceres. Projektet skal opleves som en service og en bestræbelse på at øge patienttilfredsheden (2).

Projektet løber i perioden 1. december 2012 – 31. marts 2014 og foregår i samarbejde med plejehjem, bosteder, hjemmepleje, kommunal sygepleje samt praktiserende læger og vagtlæger i hospitalets optagekommuner på Amager: Københavns, Dragør og Tårnby Kommuner.

Personale ansat i de deltagende kommuner, læger og vagtlæger kan ringe direkte til behandlersygeplejersken alle ugens dage i tidsrummet kl. 9-20 om f.eks.:

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse
Videnskab & Sygepleje har været gennem dobbelt blind bedømmelse i Sygeplejerskens videnskabelige panel
Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

Redaktionen forbeholder sig ret til lagring og elektronisk udgivelse af alle artikler.
Artiklerne i "Fag" er indekseret i databaserne CINAHL, SweMed+ og bibliotek.dk

Ideer, artikelforslag eller spørgsmål kan sendes til jb@dsr.dk eller bes@dsr.dk

vurderer og behandler borgere i eget hjem

OVRE HOSPITALER; JANNE.TOFTDAL.DYNESEN@REGIONH.DK,
HAVNS KOMMUNE

- kateterskift hos mænd ved akut opstået dysfunktion
- suturering af sår og vurdering af knoglebrud, f.eks. efter fald
- genanlæggelse af sonde/topkateter
- brandsår, fjernelse af fremmedlegeme, næseblødning, bandagegener, insektstik

100 borgere på Amager har i de første to måneder modtaget vurdering/behandling af en behandlersygeplejerske i eget hjem. Erfaringer fra denne periode viser, at kateterskift, behandling af akutte sår, næseblødninger og vurdering efter faldtraume har været de hyppigste årsager til henvendelse.

Den kommunale sygepleje i Københavns Kommune på Amager oplever en stor faglig tilfredshed ved at kunne anvende behandlersygeplejerskernes ekspertise, når ældre

borgere pådrager sig skader, som den kommunale sygepleje ikke selv har kompetencer til at håndtere. Endvidere sker der en faglig udveksling af viden, når sygeplejersker fra begge sektorer mødes i borgerens hjem.

Plejhjem i Københavns Kommune på Amager oplever projektet som et vigtigt element ift. beboernes livskvalitet, da langvarig transport og utryghed i uvante rammer undgås. Endvidere er der på baggrund af adskillige besøg fra behandlersygeplejerskerne på et plejhjem aftalt et kompetenceudviklingsforløb for stedets sygeplejersker indenfor anlæggelse af blærekateter på mænd.

For behandlersygeplejerskerne har den første tid været meget lærerig, og det er udfordrende at bevæge sig uden for hospitalsmiljøet og i stedet møde patienterne i de-

res hjem. Det er samtidig meget givende at indgå i nye samarbejdsrelationer på tværs af sektorerne. Behandlersygeplejerskerne oplever stor kollegial opbakning til projektet, og Akutklinikken læger er altid tilgængelige på mobiltelefon, såfremt behandlersygeplejerskerne har behov for råd eller vejledning.

Projektet skal evalueres i foråret 2014.

Litteratur

1. Heltoft G, Laursen JO. Høj kvalitet i sygeplejerskebemandet skadeklinik. Sygeplejersken 2009;(4):46-52.
2. Rapport: Patienters oplevelser i Region Hovedstadens Akutmodtagelser og Akutklinikker. April 2012.
3. Rapport: Region Hovedstadens analyse af ventetiden for skadepatienter. April 2012.

Hjælp volds ofre

Du er ikke alene

Hvad kan vi gøre for dig?

Vi er til for at hjælpe ofre og deres nærmeste familie.
Det er os, der gør en forskel.

Foreningen Hjælp Voldsofre
Rådhusstræde 7, 1 ■ 8900 Randers
Tlf.: 86 41 59 00 kl. 8 -14
www.voldsofre.dk ■ voldsofre@voldsofre.dk

HJÆLP volds ofre

Sociale konsekvenser af at være hiv-smittet må frem i lyset

Mere fokus på de sociale konsekvenser af at være hiv-smittet vil hjælpe de unge til et godt liv med en kronisk sygdom. Det fremgår af tre specialer baseret på observation af og interview med unge på forskellige hospitaler i Danmark.

AF DITTE HØRLYCK CAMPBELL, CAND.MAG. I ANVENDT KULTURANALYSE, ANSAT VED BAGSVÆRD KOSTSKOLE OG GYMNASIUM SAMT VIDENCENTER FOR INNOVATION OG FORSKNING, DIRLEV10@SOL.DK, KATRINE VILLADSEN, CAND.MAG. I ANTROPOLOGI OG ETNOGRAFI, ANSAT VED FREDERIKSBERG KOMMUNES SUNDHEDSPELJE, OG NIKOLAJ DARRE, CAND.SCIENT.ANTH., ANSAT VED CENTER FOR KOMPETENCE OG BESKÆFTIGELSE

”Hun ved godt, jeg er hiv-smittet, det valgte jeg at fortælle, efter vi havde været kærestere i en måned. Hun skulle have valget, inden vi fik et seksuelt forhold, og inden vi kom for tæt på hinanden” (Ivan, 18 år).

Mange unge hiv-smittede finder det svært at skulle fortælle om deres hiv-status til venner, familie og ikke mindst kærestere. For det er ikke nemt at skulle skabe et forhold og prøve sin seksualitet af, når hiv er en fast følgesvend. De unge overvejer ikke blot, om de skal fortælle om deres hiv-status, men også, hvordan og hvornår de skal gøre det. Det kan være meget svært at finde det rette tidspunkt. Ofte er den unge bange for at blive afvist og frygter samtidig at blive bebrejdet at være umoralsk og have sagt det for sent. I citatet fortæller Ivan, at det var vigtigt at fortælle hans kæreste det, inden de havde sex, og inden forholdet blev for tæt. Hvornår man fortæller om sin hiv-status, afhænger derfor ofte af relationen, og i forholdet til en kæreste skal tidspunktet også afstemmes med forholdets udvikling – det hviler ofte på en vurdering af, hvorvidt forholdet kan bære det.

Unge hiv-smittede har mange overvejelser omkring konsekvenserne af at fortælle om deres hiv-status, og sygdommens sociale konsekvenser fylder meget (1,2,3).

I behandlingen af unge hiv-smittede og andre kronisk syge unge er der ofte fokus på patientens kompliance, hvilket er yderst væsentligt, men de sociale konsekvenser burde være en lige så vigtig del af behandlingen. Hvis sundhedspersonalet i større grad adresserer de sociale konsekvenser, vil det i høj grad hjælpe de unge til et godt liv med en kronisk sygdom. Som beskrevet kan det være svært at fortælle andre om sin hiv-status, samtidig med at det kan være vanskeligt at overskue konsekvenserne på lang sigt. Her kan sygeplejersker og læger bidrage med, hvordan man i bogstaveligste forstand får sagt ”jeg har hiv”, på en ordentlig måde, samt skabe et rum, hvor de unge kan reflektere over, hvad dette kan indebære på lang sigt. Det er nødvendigt at diskutere og forstå, hvad der er på spil

for den enkelte patient, så vejledningen tager udgangspunkt i patientens liv lige nu og her.

Det særlige ved unge patienter og i særdeleshed hiv-smittede er, at de udover at være syge også er i gang med at udvikle deres identitet og seksualitet og derfor er særligt sårbare overfor afvisninger og stigmatisering. Det er ofte påpeget, at hiv-smittede i større eller mindre grad lever åbent, delvist åbent eller lukket med deres status. Dette betyder, at mange lever et stressende dobbeltliv og løbende overvejer, hvem, hvornår og hvordan de skal fortælle om deres sygdom. Da man hele livet igennem møder nye mennesker, er disse overvejelser derfor en vedvarende proces, som sundhedspersonalet kan hjælpe de unge med at håndtere. Unge er en overset gruppe i sundhedsvæsenet, og sundhedsvæsenet er på nuværende tidspunkt ikke tilstrækkeligt gearet til at tage vare på de sociale konsekvenser, kronisk sygdom har for unge, og hvilken sammenhæng konsekvenserne har med de unges compliance. Inddrager man i højere grad dette aspekt i behandlingen, kan man hjælpe de unge patienter til at få en bedre balance mellem de sociale og medicinske konsekvenser.

Litteratur

1. Campbell DH. Different versions of HIV: an analysis of how young people in Denmark perform a chronic disease. Afdeling For Europæisk Etnologi, Københavns Universitet; 2011.
2. Darre N. Ung og smittet – unge danske HIV-smittedes sociale praksis. Institut for Antropologi, Københavns Universitet; 2011.
3. Villadsen KW. ”Jeg vil bare gerne leve et helt almindeligt liv”: hverdag med hemmeligheder, frygten for stigmatisering, uvished og ønsket om børn blandt en gruppe HIV-smittede i Danmark. Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet; 2008.

Psykiatrisk sygepleje har været underbelyst i 100 år

I Danmark findes ca. 120 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået, siden de fik deres forskertitel.



Frederik Alkier Gildberg er 36 år, bor i Haderslev og er single. Frederik Alkier Gildberg er ansat som Forskningsleder på Psykiatrisk Afdeling Middelfart, Forskningskoordinato-

tor ved Psykiatrien i Region Syddanmark, og som postdoc ved Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet.

Hvad fik dig til at forske?

”Det gjorde min nysgerrighed på, hvad psykiatrisk sygepleje reelt er for en størrelse, og på, hvordan vi kan udvikle den til størst mulig gavn for patienter, pårørende og personale. Jeg undrede mig over, hvad der kendetegner den daglige pleje, altså hvad kendetegner den måde, personalet optræder på i interaktionerne med patienterne, og ikke mindst med hvilken bagvedliggende mening disse interaktioner sker. For at kunne udvikle psykiatrisk sygeplejepsiksis må vi nødvendigvis kende til den eksisterende praksis, både de aktive elementer og den mening, hvormed plejen udføres. Uden at udforske den eksisterende pleje forekommer det umuligt at knytte an til denne med henblik på udvikling.”

Hvad er forskningsemnet i din ph.d.-afhandling?

”Min afhandling omhandler psykiatrisk sygepleje i praksis på en retspsykiatrisk afdeling, og fokus er her på den relationelle del af sygeplejen, med andre ord den interaktionelle del af sygeplejen.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Den tog jeg ved Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Syddansk Universitet.”

Hvordan har dine økonomiske rammer været, mens du tog din forskeruddannelse?

”De økonomiske rammer har været fornuftige. Projektet opnåede fuld støtte via diverse fonde fire måneder inde i forløbet.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Det kan man i min afhandling ”Reconstructing Normality” og i den publicerede forskningsartikel: Gildberg FA, Bradley SK, Fristed P & Hounsgaard L. 2012. Reconstructing normality: Characteristics of staff interactions with forensic mental health inpatients. *Int J.Ment.Health Nurs.*, 21, (2) 103-13.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Min forskning forsøger at afdække en flig af eksisterende praksis, således at vi derfra har et begreb om, hvad den psykiatriske sygepleje reelt indeholder, og hvordan den anvendes. Således åbnes der op for at videreudvikle psykiatrisk sygepleje på en måde, der forhåbentlig vil gavne patienter, pårørende og personale. I samme ombæring lægger forskningen et par af grundstenene til at videreudvikle forskningen inden for et felt, der forskningsmæssigt har været voldsomt underbelyst i de sidste 100 år.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Aktuelt forsker jeg bl.a. i nedbringelse af tvangsfikseringer ud fra en kvalitativ tilgang, der forsøger at afdække de interaktionelle forhold vedrørende konflikter og tvang før, under og efter brug af bæltefiksering. Helt konkret skal analyser af journaler pege på årsager og kendetegn ved forlænget tid tilbragt i bælte, og via observationsstudier, in-

terview og autoetnografi analyseres konkrete årsager og kendetegn ved konflikter og tvang i den daglige praksis, alt sammen med henblik på at skabe hypoteser og interventioner til efterfølgende at nedbringe tvang og konflikter i praksis. Arbejdet er netop påbegyndt og forventes afsluttet om tre år. Resultaterne vil løbende blive formidlet.”

Projektledelse - rollen som projektleder



**Kursusstart den 11. september
2013 i Odense**

Kurset kombinerer den nyeste forskning inden for moderne projektledelse med konkrete værktøjer til projektledelse og lærer dig at lede dine projekter på en professionel måde.

Læs mere på www.sdu.dk/sdue

FORSKNINGSBASERET EFTERUDDANNELSE



Ph.d.-afhandling: Accelererede operationsforløb ved total hofte- eller knæalloplastik

AF CONNIE BØTTCHER BERTHELSEN, CAND.CUR., PH.D., KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST PÅ ORTOPÆDKIRURGISK AFDELING, KØGE SYGEHUS; COBE@REGIONSJAE LLAND.DK

Pårørende i ældre patienters accelererede operationsforløb ved total hofte- eller knæalloplastik har aktive baggrundsroller, hvor de både viser respekt for den ældre patients selvbestemmelsesret og tilpasser sig de sundhedsprofessionelles regler for at kunne være ved patienten.

Onsdag den 27. februar 2013 forsvarede jeg min ph.d.-afhandling med titlen: "Relatives in older patients' fast-track treatment programmes during total hip or knee replacement. A grounded theory study" på Aarhus Universitet, Campus Emdrup.

Det overordnede formål med ph.d.-afhandlingen var at generere praksisforankrede teorier om pårørende i ældre patienters accelererede operationsforløb ved total hofte- eller knæalloplastik. Afhandlingen indeholder tre teorier dannet ud fra Barney Glasers grounded theory-tilgang og på baggrund af dataindsamling ved ortopædkirurgiske afdelinger på to hospitaler i København mellem 2010 og 2011. Den konstant sammenlignende metode blev anvendt, hvor dataindsamling, analyse og kodning udføres fortløbende. De begreber og kategorier, der blev dannet gennem konstante sammenligninger af data gennem analyse og kodning, guidede den videre dataindsamling gennem teoretisk udvælgelse af datakilder. Noter blev håndskrevet løbende for at fange nye idéer.

Studie I viste, hvordan fællesskabet med patienten fremkom som pårørendes overordnede adfærdsmønster. Herigennem søgte de pårørende at forebygge patienternes følelse af at være alene ved tre omskiftelige adfærdsmønstre, hvilket er en bestemt måde at være på eller tænke på. Disse fremstod som en beskyttende modalitet, hvor pårørende yder respektfuld og omsorgsfuld støtte til patienten, som en stedfortrædende

modalitet, hvor pårørende yder praktisk og kognitiv støtte, samt som en tilpassende modalitet, hvor pårørende forsøger at tilpasse sig patienten og personalets krav og ønsker.

I studie II søgte patienterne at gennemføre forløbet med autonomien i behold, hvor beskyttelse af selvbestemmelsesretten fremkom som patienternes overordnede adfærdsmønster i relation til pårørende. Fire typologier: "Den afhængige", "Den enlige", "Den uafhængige" og "Den forenede" karakteriserede de ældre patienters adfærd i sammenhæng med deres fire strategier for handling: at favne, at skærme, at distancere og at holde facaden. Strategierne var relateret til køn og familieroller.

Studie III viste, hvordan forhindring af forstyrrelser fremkom som de sundhedsprofessionelles overordnede adfærdsmønster i relation til pårørende. Deres hovedanliggende var at stræbe efter at opretholde principperne i det accelererede operationsforløb gennem tre strategier. Hovedstrategien var at fokusere på principperne ved at fokusere på patientens fulde deltagelse gennem forløbet. Hovedstrategien ledte de sundhedsprofessionelle mod to strategier for social kontrol: At acceptere medgørlige hjælpere ved at involvere velinformerede pårørende samt at undgå uheldige tvivlere ved at udelukke pårørende, som udfordrer det accelererede operationsforløbs principper.

Sammenfattende viste teorierne i denne afhandling, hvordan pårørende i ældre patienters accelererede operationsforløb ved total hofte- eller knæalloplastik har aktive baggrundsroller, hvor de viser respekt for den ældre patients selvbestemmelsesret, samt hvordan de tilpasser sig de sundhedsprofessionelles regler for at kunne være ved patienten.

Afhandlingen kan rekvireres på biblioteket eller ved at kontakte Connie Bøttcher Berthelsen.

Kursus i "Palliativ indsats"



Internat – 27 undervisningstimer

Tid:
7.-10. oktober 2013

Formål:
At opnå kendskab til den palliative indsats mhp. at iværksætte forebyggende og lindrende indsats til døende og deres pårørende.

Kursussted:
Sankt Lukas Stiftelsens kursusejendom, Refugium Smidstrup Strand, 3250 Gilleleje

Tilmelding:
Senest den 1. august 2013

Pris:
Kr. 7.150 i enkeltværelse inkl. materialer, fortæring samt kaffe, the og vand

Indhold og undervisere:
Se www.sanktlukas.dk under Hospicepleje/kurser
Eller ring 3945 5136

FOKUSERET STUDIEBESØG



Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital tilbyder fokuseret studiebesøg. Formålet er at give opdateret viden indenfor sårbehandling samt orientere om centrets retningslinier for pleje og behandling af patienter med sår. Undervisningen veksler mellem teori og work-shops. Målgruppen er sundhedsfagligt personale med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter og med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper.

Dato: 22.10.13, kl. 8.30-16.00.

Sted: Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital

Pris: kr. 1.000,00.

Tilmeldingsfrist: 23.8.13.
Tilmelding og yderligere information findes på www.CWHC.dk

SILENTIA SKÆRMSYSTEM
Rent design, fleksibel funktion



Silentia foldeskærme er svaret på de krav, som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen.

Book tid for en gratis fremvisning hos jer af en Silentia foldeskærm.

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • info@silentia.dk • www.silentia.dk

inpraxis

SYSTEMISK OG NARRATIV TEORI OG PRAKSIS

inpraxis tilbyder:

Konsulentuddannelser

Tværfaglige praksisuddannelser

Supervisor- og coachuddannelser

Supervisionsgrupper og andre grupper

Læs mere om os på www.inpraxis.dk

Cand. psych. Annette Mortensen

Cand. psych. Ane Wermer

Cand. pæd. psych. Dorte Nissen

Ma. i retorik, sygeplejerske Dorte Lund-Jacobsen

Cand. psych. Thilde Westmark

Systemisk

Narrativt

Konkret

inpraxis



BackUp Helsepersonell

Et kompetanseorientert bemanningsbyrå der arbeidsgiveransvaret har høyeste prioritet. Vi forvalter arbeidstakers kompetanse og rettigheter etter Best Practice-prinsippet.

Sommer 2013 i Norge?

Mange ledige oppdrag hele året - søk nå!

Vi søker:

- Sykepleiere
- Spesialsykepleiere
- Helsefagarbeidere
- Medisinstudent
- Sykepleierstudenter

Vi tilbyr:

- Kostnadsfri bolig*
- Kostnadsfri reise*
- Kostnadsfritt medisinkurs*
- Kostnadsfri autorisasjon*
- God tariffharmonisert lønn*
- Sommerbonus fra 1. time*

Lønnsutbetaling hver 14. dag

Registrer din kandidatprofil innen 01.06 | Vinn reise til NOK 10.000,-

* Kontakt oss for mer info om betingelser!



Tlf. +47 22 17 22 17
post@backup-helse.no
24/7 Service

BackUp®
Helsepersonell

www.backup-helse.no

- ALLTID DER -

Det usynlige handicap – en sp kognitive forandringer under

Kognitive forandringer under og efter kemoterapi er et kendt fænomen for læger og sygeplejersker. Derimod mangler der viden om, hvordan der kan interveneres, når patient og pårørende nævner problemet.

AF BIRGITTE T. ESPERSEN, CAND.CUR., KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST PÅ ONKOLOGISK AFDELING, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL; BIRGITTE.ESPERSEN@AARHUS.RM.DK
ANNE BRANDBORG, SYGEPLEJERSKE, MKS, UDDANNELSES- OG UDVIKLINGSANSVARLIG SYGEPLEJERSKE PÅ ONKOLOGISK AFDELING, AARHUS UNIVERSITETSHOSPITAL

Det har stor betydning for patienterne, at de på forhånd kender til de mulige kognitive symptomer, der kan opstå under og efter kemoterapi, så de ikke misfortolkes og skaber angst og bekymring hos både patienter og pårørende. Anerkendelse og mulige forklaringer på symptomerne giver en større forståelse og tryghed og gør det lettere at leve med det usynlige handicap og foretage de nødvendige tiltag og justeringer i dagligdagen.

Men hvad ved sygeplejersker og læger om kognitive forandringer hos kræftpatienter, og hvilken praksis har de i forhold til information og intervention? Det ønskede vi at belyse via en spørgeskemaundersøgelse, der blev udført i 2012 hos 60 læger og 248 sygeplejersker.

”Jeg føler, at jeg er indhyllet i en tåge eller havgus. Hvorfor kan jeg ikke huske navne? Hvorfor kan jeg ikke finde vej? Hvorfor bliver jeg så let stresset? Har jeg hjernemetastaser? Er jeg i krise? Der

” Det har stor betydning for patienterne, at de på forhånd kender til de mulige kognitive symptomer, der kan opstå under og efter kemoterapi, så de ikke misfortolkes og skaber angst og bekymring hos både patienter og pårørende.

må være noget galt” (1).

”Min mor fik mammacancer og kemo i 2009. Efter anden behandling var vi ikke i tvivl om, at det gjorde noget ved hendes hukommelse og koncentration. Hun havde sprogproblemer, problemer med at multitask, hun var glemsom og havde indlæringsvanskeligheder ... Lægerne blev ved med at benægte, at kemobehandlingerne havde betydning herfor. Det blev værre og værre, og til sidst konkluderede vi, at det måtte være Alzheimers” (2).

Mange patienter giver spontant udtryk for ikke at kunne huske, koncentrere sig etc. Det kan være en belastning i hverdagen. Patienterne kan ikke, hvad de plejer, og det kan være både frustrerende, skræmmende og begrænsende. Angsten og usikkerheden i forhold til, hvad der kan være galt med deres hjerne, er stor, og forandringerne kan have stor indflydelse på deres hverdag og livskvalitet (3,4,5).

Patienterne oplever kognitive forandringer som et usynligt handicap, og de bliver usikre, når de er sammen med andre. Nogle holder sig tilbage for ikke at få symptomerne afsløret. Pårørende og venner kan også blive forskrækkede over forandringerne, da disse ofte er meget tydelige for de nærmeste (3,6).

Patienterne oplever manglende anerkendelse af problemerne og får ikke råd og vejledning i forhold til, hvad de kan stille op for at forebygge, bedre eller leve med symptomerne. De udtrykker, at det har stor betydning at kende til mulige kognitive symptomer på forhånd, så de ikke misfortolkes og skaber angst og bekymring. Anerkendelse og mulige forklaringer på symptomerne giver en større forståelse og tryghed og gør det lettere at leve med det usynlige handicap og foretage de nødvendige tiltag og justeringer i hverdagen (3,5,6).

Patienter, der har fået information og anerkendelse, udtrykker: ”Jeg kan leve med meget, hvis jeg ved hvorfor.”

”Det er prisen for at være i live i dag – og nu ved jeg hvorfor, og det er lettere at sætte ord på, at jeg ikke kan huske som engang” (1,2).

Antallet af kræftpatienter, der har kognitive forandringer, afhænger af kræfttype, behandling, tid siden diagnose, og hvordan symptomerne defineres og måles. De beskrives generelt som en reduktion i en eller flere kognitive funktioner (7). Symptomerne kan være funktionstab som f.eks. hukommelsestab, glemsomhed, koncentrationsbesvær, indlæringsproblemer, problemer med multitasking og sprogproblemer (5,14).

Undersøgelser viser, at 25-80 pct. af kræftpatienter i behandling med kemoterapi har disse problemer, og at de oftest er lette og midlertidige og af en varighed på ca. et år. Forandringerne kan dog også være af permanent karakter. Dette ses hos ca. 20-30 pct. i en periode på op til 5-10 år (3,4,8,9,18). En undersøgelse

Figur 1. Samlet ansættelse i onkologien for sygeplejersker og læger

År i onkologien	n	Pct.
0-2 år	27	16
3-5 år	45	27
6-10 år	38	23
11-15 år	23	14
Over 15 år	34	20

Ørgeskemaundersøgelse om og efter kemoterapi

blandt 2.179 danske kræftpatienter viste, at 45 pct. af patienterne rapporterede koncentrationsbesvær, og 46 pct. rapporterede hukommelsesbesvær i en eller anden grad. Dette var på tværs af syv kræftdiagnoser, hvor incidensen varierede fra 20 pct. (prostata) til 55 pct. (cervix og ovarie, lunge og hoved/hals) (10). I det hele taget er der så småt blevet øget fokus på emnet i Danmark f.eks. gennem faglige publikationer og studier (15,16).

Patienterne kalder det "Kemohjerne" eller "Kemotåge", hvori-mod de professionelle kalder det "Kognitive forandringer". Der er uenighed om, hvorvidt problemerne relaterer sig til behandling med kemoterapi eller ej.

Patienter og pårørende vurderer ofte, at kemoterapien er årsag til de kognitive forandringer. Der er imidlertid professionel uenighed om, hvorvidt symptomerne skyldes kemoterapi. En del professionelle mener, at symptomerne kan forklares med faktorer som f.eks. træthed, stress, angst, depression, anden behandling, komorbiditet, alder, uddannelsesniveau, intelligenskvotient og genetisk disposition (11,12,13).

Patienternes oplevelser, personlige erfaringer og viden fra national og international forskning har været baggrunden for at undersøge de professionelle viden om og interventioner i forhold til problemet på en onkologisk afdeling.

Formål

Formålet med undersøgelsen var at belyse sygeplejerskers og lægers viden om kognitive forandringer i forbindelse med kræft og kræftbehandling på en onkologisk afdeling. Derudover var formålet at undersøge deres praksis i forhold til vurdering, information og intervention.

Metode

Der blev sendt et elektronisk spørgeskema ud til alle ansatte læger (60) og sygeplejersker (248) på Onkologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital.

Spørgeskemaet indeholdt 18 spørgsmål relateret til personalets viden om kognitive forandringer, daglig praksis, faglig vurdering og information til patient og pårørende. Desuden blev der spurgt om demografiske data såsom stilling, uddannelse, ansættelsessted i afdelingen, år i faget og antal år i onkologien. Besvarelsen var anonym.

I alt har 161 personer besvaret spørgeskemaet. Af disse var 32 læger og 129 sygeplejersker, hvilket giver en svarprocent på henholdsvis 53,3 og 52, i alt en svarprocent på 52,3.

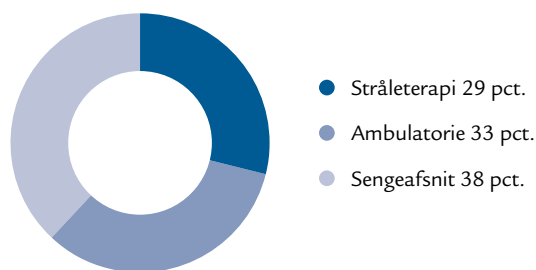
Resultater

Demografiske data

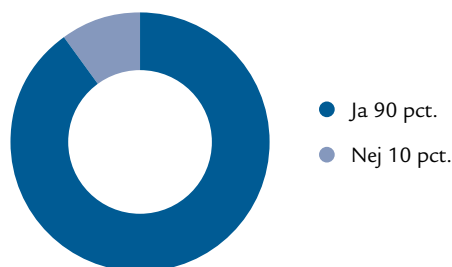
90 pct. (151) af deltagerne har været uddannet over seks år. 84 pct. (140) har været beskæftiget i onkologien i mere end to år – og 34 pct. (57) i mere end 10 år, se figur 1 side 66.

I gruppen med mere end 10 års tilknytning til onkologien var 28 pct. (36) sygeplejersker og 57 pct. (18) læger.

Figur 2. Sygeplejerskernes ansættelsessteder



Figur 3. Har du hørt om kognitive forandringer efter kemoterapi?



- Sygeplejegruppen fordelte sig på tre afsnitstyper med 38 pct. (49) i sengeafdelingen, 33 pct. (42) i ambulatoriet og 29 pct. (38) i stråleterapien, se figur 2 side 67.

Deltagernes viden

Begrebet ”kemohjerne” var kendt af størstedelen af læger og sygeplejersker, 90 pct. (151) svarede bekræftende på, at de havde hørt om begrebet, se figur 3 side 67.

Desuden svarede 81 pct. (136), at de kendte til symptomerne, 28 pct. (46) var blevet undervist i emnet, 26 pct. (44) havde læst faglitteratur og 20 pct. (34) lægmandslitteratur.

80 pct. (134) havde oplevet, at patienterne havde nævnt symptomer på kognitive forandringer, og 41 pct. (69) var blevet spurgt om symptomer på kognitive forandringer af de pårørende.

66 pct. (111) af personalet vurderede, at patienter med kognitive forandringer generelt var lidt eller moderat bekymrede over symptomerne, men 12 pct. (20) vurderede, at patienterne var meget bekymrede, se figur 4 her på siden.

Symptomerne vurderedes af 67 pct. (111) til hovedsageligt at have en lille eller moderat påvirkning af patientens daglige aktiviteter.

” Patienterne kalder det ”Kemohjerne” eller ”Kemotåge”, hvorimod de professionelle kalder det ”Kognitive forandringer”. Der er uenighed om, hvorvidt problemerne relaterer sig til behandling med kemoterapi eller ej.

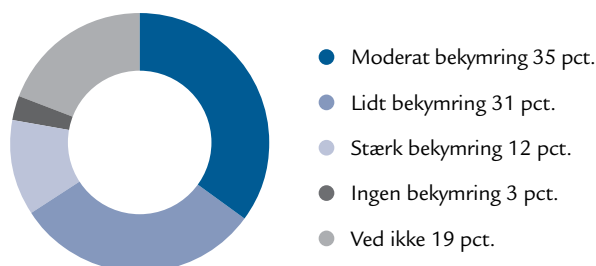
tiviteter. Kun 4 pct. (7) vurderede, at der ikke var en påvirkning. Ca. en fjerdedel af personalet var i tvivl og svarede ”Ved ikke” på dette spørgsmål, se figur 5 her på siden.

73 pct. (122) af personalet spurgte ikke patienten om mulige kognitive forandringer i forbindelse med kemoterapien og vidste ikke, hvad de kunne gøre for at afhjælpe symptomerne.

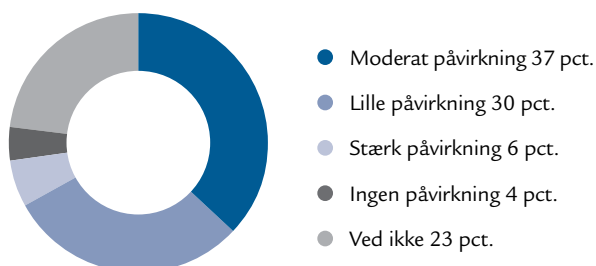
83 pct. (138) svarede, at der ikke fandtes skriftlig patientinformation om kognitive forandringer.

Figur 6 side 69 viser en samlet oversigt over deltagerens svar på udvalgte spørgsmål.

Figur 4. Personalets vurdering af, i hvilken grad patienten er bekymret over symptomer på kognitive forandringer



Figur 5. Personalets vurdering af, hvorvidt patientens symptomer på kognitive forandringer påvirker patientens evne til at udføre daglige aktiviteter



Forskelle og ligheder

Kendskab til symptomerne var ens blandt læger og sygeplejersker, men der var flere læger, som var blevet undervist i emnet (henholdsvis 41 pct. (13) mod 25 pct. (32)). Derudover var der langt flere læger, som havde læst faglitteratur om emnet (50 pct. (16) mod 21 pct. (27)).

Lægerne mente ikke, at patienterne havde problemer med kognitive forandringer så ofte som sygeplejerskerne. F.eks. svarede 18

pct. (23) af sygeplejerskerne, at de mødte patienter med problemet ugentligt mod lægernes 3 pct. (1).

Der var enighed om, at symptomerne fortrinsvis blev nævnt af patienterne i de første 12 måneder efter behandlingsstart med kemoterapi. Lægerne observerede dog også symptomer efter 12 måneder (19 pct. (6) mod sygeplejerskernes 7 pct. (9)).

Både læger og sygeplejersker vurderer bekymring og påvirkning af hverdagen nogenlunde ens.

19 pct. (6) af lægerne svarede bekræftende på, at de spørger patienten om eventuelle symptomer på kognitive forandringer. Her svarer 29 pct. (37) af sygeplejerskerne bekræftende. 38 pct.

(12) af lægerne havde viden om mulige interventioner mod 26 pct. (36) af sygeplejerskerne. 28 pct. (9) af lægerne vidste, at emnet blev omtalt i de eksisterende patientinformationer, her svarer kun 12 pct. (15) af sygeplejerskerne bekræftende.

Diskussion

Næsten alle sygeplejersker og læger havde hørt om kognitive forandringer eller ”kemohjerne” i forbindelse med kemoterapi, og de havde kendskab til symptomerne. En stor del af personalet havde oplevet, at patienter og pårørende havde nævnt symptomer på kognitive forandringer.

Figur 6. Deltagernes svar på udvalgte spørgsmål

Emne	Ja		Nej		Ved ikke	
	n	Pct.	n	Pct.	n	Pct.
Har du hørt om begrebet ”kemohjerne”?	151	90	16	10		
Har du kendskab til symptomer på kognitive forandringer i forbindelse med kemoterapi?	136	81	32	19		
Er du blevet undervist i kognitive forandringer hos kræftpatienter i behandling med kemoterapi?	46	28	121	72		
Har du læst faglitteratur om kognitive forandringer /”kemohjerne”?	44	26	123	74		
Har du læst lægmandslitteratur om kognitive forandringer /”kemohjerne”?	34	20	133	80		
Har nogle af patienterne nævnt ”kemohjerne” eller symptomer på kognitive forandringer?	134	80	33	20		
Har pårørende spurgt dig om ”kemohjerne eller symptomer på kognitive forandringer?	69	41	98	59		
Oplever du, at patienter med bestemte typer kræft øger risikoen for kognitive forandringer?	28	17	30	18	109	65
Oplever du, at patienter med bestemte typer kemoterapi øger risikoen for kognitive forandringer?	21	13	37	22	109	65
Spørger du patienten, om han/hun har kognitive forandringer i forbindelse med kemoterapi?	44	27	122	73		
Har du viden om, hvad du evt. kan gøre, når patient eller pårørende nævner symptomerne?	51	31	116	69		
Findes der en patientinformation om kognitive forandringer i din afdeling?	24	14	138	83	7	4

- Kun en mindre procentdel af personalet havde fået undervisning i emnet eller havde læst fag- eller lægmandslitteratur. Dog havde lægerne oftere læst om emnet end plejepersonalet. Viden var størst hos personalet, der havde været ansat i specialet i mindst tre år.

Viden om symptomerne, og hvad de kan betyde for patienten, ser ikke ud til at udmønte sig i, at personalet automatisk spørger ind til problemet. Patienterne blev ikke spurgt, fik ingen information om symptomerne eller mulige interventioner og fik dermed ikke den anerkendelse i forhold til problemstillingen, som de efterspørger.

” Personalet bør identificere eventuelle kognitive forandringer gennem dialog med patienten og de pårørende før, under og efter behandlingsforløbet.

Dette kan skyldes, at der mangler viden om mulige interventioner. 38 pct. af lægerne bekræftede imidlertid, at de havde viden om en evt. indsats, hvis der var symptomer. Man kan undre sig over, at denne viden ikke kommer til udtryk i praksis. Sygeplejerskerne spurgte oftere ind til problemstillingen på trods af, at kun 26 pct. havde forslag til interventioner. Der var i disse tilfælde en anerkendelse af problemstillingen, selvom der ikke fulgte forslag til, hvad patienten kunne gøre for at afhjælpe eller leve med symptomerne.

Hovedparten af personalet mente ikke, at der fandtes skriftlig patientinformation om emnet i afdelingens nuværende patientvejlednings materiale. Det tyder på, at der er behov for øget fokus på nuværende patientinformationer om emnet og evt. udarbejdelse af en mere målrettet patientinformation om kognitive forandringer.

På grund af sygeplejerskers og lægers vurdering af problemets omfang og karakter får denne vurdering ikke betydning i klinisk praksis i samarbejdet med patient og pårørende. Der er en tydelig divergens mellem viden, opmærksomhed og intervention.

En mulig forklaring kan være, at især læger, men også plejepersonale, ikke ved eller ikke tror, at problemet kan være en bivirkning til kemoterapi. En del af de sundhedsprofessionelle mener ikke, at årsagen er afdækket. Trods mange undersøgelser indenfor de sidste 15-20 år har resultaterne ikke entydigt vist en sikker sammenhæng mellem kemoterapi og kognitive forandringer. Dog er der indenfor de sidste år flere og flere forskere, der mener at have fundet evidens for, at nogle typer kemoterapi ved bestemte kræftdiagnoser kan have både kort- og langtidseffekt på kognitive funktioner (17,18). Denne viden er måske ikke almindelig kendt eller drages stadig i tvivl?

At der ikke spørges, kan også skyldes, at der reelt mangler viden om, hvilke patienter der er specielt udsatte, og om der er tale om en forbigående tilstand eller en permanent forandring. En sådan problemstilling er personalet dog vant til at takle i forhold til mange andre bivirkninger og symptomer, men usikkerhed og tvivl kan være årsag til, at personalets forbehold bliver mere fremtrædende.

Der findes ingen evidensbaserede interventionsmuligheder – hverken forebyggende eller behandlende (15). Det kan være årsag til, at personalet vælger ikke at drøfte problemet med patient og pårørende.

Endnu en barriere kan være, at der i afdelingen på nuværende tidspunkt ikke er tværfaglig enighed om, hvad man skal gøre i forhold til at informere patient og pårørende ved opstart på behandling. Der findes heller ikke tværfaglig enighed om, hvad man gør i forhold til behandling og pleje, hvis symptomerne opstår i løbet af behandlingen.

Begrænsninger i projektets resultater

Sygeplejerskerne i stråleterapien har ikke så meget kontakt med patienter, der får kemoterapi. Der er dog patienter, som får kemoterapi forud for stråleterapi, og en del patienter får konkomitant behandling med stråleterapi og kemoterapi. Patienterne kan derfor have symptomer på kognitive forandringer. Derfor blev denne gruppe sygeplejersker inkluderet i spørgeskemaundersøgelsen. Svarprocenten for sygeplejerskerne i stråleterapiafsnittet viste sig dog at være mindre end for sygeplejerskerne i henholdsvis sengeafsnit og ambulatorier, hvilket kan skyldes, at de ikke har ment, at det var relevant for dem at besvare spørgeskemaet.

To af sengeafsnittene har ikke mange patienter, der får kemoterapi i afsnittet, men modtager patienter, som har fået kemoterapi tidligere.

Intentionen med spørgeskemaet var at spørge til personalets viden og praksis på trods af, at vi var vidende om ovenstående mulige begrænsninger. Den forholdsvis lave svarprocent kan dog tyde på, at personalet svarer eller undlader at svare på spørgeskemaet i forhold til, om de oplever fænomenet i deres daglige kliniske praksis, og om de overhovedet mener, at problemstillingen findes.

Når personalet siger, at de har viden om, hvad de kan gøre, når patient og pårørende nævner symptomer på kognitive forandringer, er der ikke blevet spurgt ind til, hvad dette indebærer. Dette bør afdækkes yderligere.

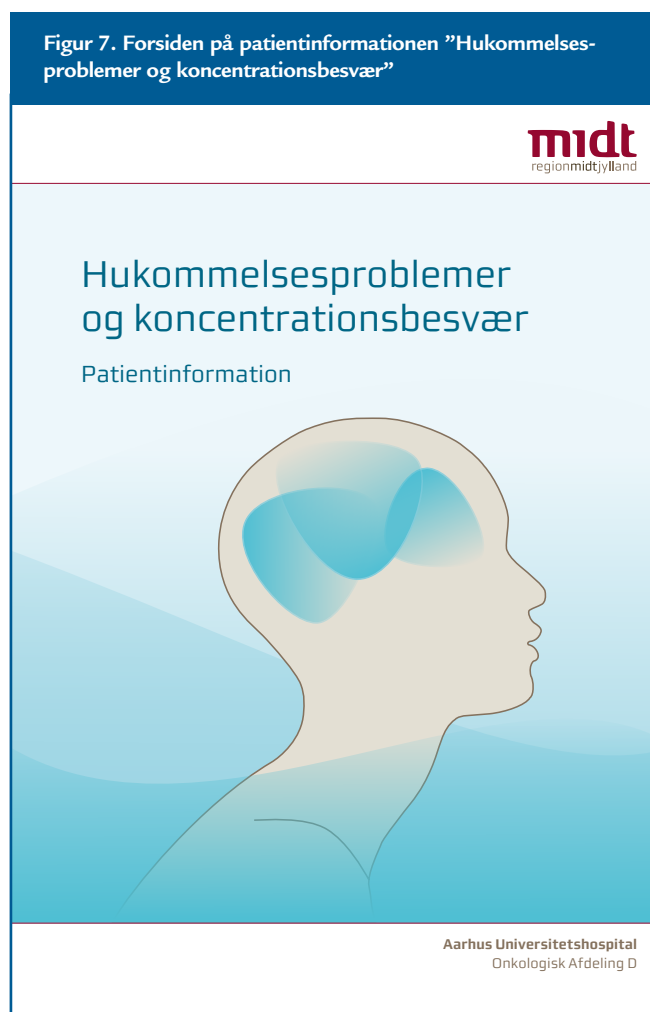
Implikationer for praksis

Personalet bør identificere eventuelle kognitive forandringer gennem dialog med patienten og de pårørende før, under og efter behandlingsforløbet. Patienterne får ved behandlingsstart udleveret en vejledning om behandling med kemoterapi, hvoraf det fremgår, at der kan opstå kognitive forandringer.

Der skal udarbejdes en patientinformation, som er målrettet de patienter, der får kognitive forandringer. Den skriftlige vejledning skal beskrive problemstillingen, så patient og pårørende kan få en dækkende beskrivelse af og forståelse for problemstillingen. Vejledningen kan legalisere problemstillingen og skal danne afsæt for dialog med patienten om, hvordan dagligdagen kan være præget af forandringerne. Den kan desuden bidrage med erfaringsbaserede idéer og inspiration til, hvad patient og pårørende kan gøre for at lette problemerne i dagligdagen, se figur 7 her på siden.

Der skal i afdelingen opnås tværfaglig enighed om vurdering, information og intervention ved kognitive forandringer. ►

Figur 7. Forsiden på patientinformationen ”Hukommelsesproblemer og koncentrationsbesvær”



► Litteratur

1. Interview med tidligere brystkræftpatient (19. juni 2012) – upubliceret materiale. Kan fås ved henvendelse til forfatterne.
2. Mail fra pårørende til tidligere kræftpatient (1. juni 2012) – upubliceret materiale. Kan fås ved henvendelse til forfatterne.
3. Boykoff N et al. Confronting chemobrain: an in-depth look at survivors' reports of impact on work, social networks, and health care response. *J Cancer Survey* (2009);3:223-32.
4. Ferguson RJ et al. Cognitive-behavioural management of chemotherapy-related cognitive change. *Psycho-Oncology* (2007);16:772-77.
5. Munir F et al. Cognitive Intervention for Breast Cancer Patients Undergoing Adjuvant Chemotherapy. *Cancer Nursing* (2011);34(5):385-92.
6. Munir F et al. Women's perception of chemotherapy-induced cognitive side effects on work ability: a focus group study. *J Clin Nurs* (2010);19(9-10):1362-70.
7. Allen DH (Ed.) Cognitive Impairment – Chapter 2 in: Eaton LH (Red) et al. Putting Evidence into Practice. Improving Oncology Patient Outcomes. *Oncology Nursing Society, Volume 2* (2011).
8. Ferguson RJ et al. Development of CBT for chemotherapy-related cognitive change: results of waitlist control trial. *Psycho-Oncology* (2010); Published online in Wiley Online Library: 10.1002/pon.1878
9. Hermelink H et al. Two different sides of "Chemobrain": determinants and nondeterminants of self-perceived cognitive dysfunction in a prospective, randomized, multicenter study. *Psycho-Oncology* (2010); Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com); DOI:10.1002/pon.1695
10. Kjær T et al. Senfølger efter kræft. *BestPractice* (2012), Marts;50-53.
11. Matsuda T et al. Mild cognitive impairment after adjuvant chemotherapy in breast cancer patients – evaluation of appropriate research design and methodology to measure symptoms. *Breast Cancer* (2005);12:279-87.
12. Wefel JS et al. International cognition and cancer task force recommendations to harmonise studies of cognitive function in patients with cancer. www.thelancet.com/oncology (2011); Published online 2011 DOI:10.1016/S1470-2045(10)70294-1
13. Mehlsen M et al. No indication of cognitive side-effects in a prospective study of breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Psycho-Oncology* (2009);18:248-57.
14. Joly F et al. Cognitive dysfunction and cancer: which consequences in terms of disease management? *Psycho-Oncology* (2011); Published online in Wiley Online Library DOI:10.1002/pon.1903
15. Espersen BT & Brandborg AM. "Kemohjerne" eller ej – en indsats er nødvendig. *Sygeplejersken* (2012);4:82-9.
16. Larsen H. Kemohjernen nager kræftpatienter. *Politiken* (2012), 17. juni
17. Ahles TA, Root JC & Ryan EL. Cancer- and cancer treatment-associated cognitive change: An update on the state of science. *Journal of Clinical Oncology* (2012);30(30):3675-86.
18. Koppelmans V et al. Neuropsychological performance in survivors of breast cancer more than 20 years after adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology* (2012) Published online – latest version <http://jco.ascpubs.org/cgi/doi/10.1200/JCO.2011.37.0189>

English abstract

Espersen BT, Brandborg A. The Invisible Handicap - Cognitive Changes Following Cancer Treatment. *Sygeplejersken* 2013;(7):66-72.

A questionnaire study among oncology nurses and doctors.

Background: Reports suggest that cancer patients can experience cognitive changes following chemotherapy treatment –so-called "chemo brain". Changes such as memory loss, concentration problems, difficulty in organizing information and reduced ability to work have been reported. The changes are often subtle, but can have a major impact on the quality of life and cause considerable distress for patients and their relatives.

Healthcare professionals disagree on the causes of the cognitive changes and whether they are the result of chemotherapy or other factors. Patients often complain about the lack of acknowledgement by healthcare professionals concerning their experienced cognitive changes, combined with a lack of information and educational tools.

Purpose: The study sought to investigate the knowledge held by healthcare professionals at a department of oncology concerning cognitive changes in connection with cancer and cancer treatment. A second object was to investigate the daily practices related to assessment, information and interventions related to cognitive changes.

Method: A total of 308 nurses and doctors at one oncology department received an electronic questionnaire about patients experiencing cognitive changes in connection with cancer and cancer treatment. The questionnaire included a total of 18 items related to knowledge and awareness of cognitive changes, practices regarding assessment and education of patients and families, and demographic information about the participants. Data was categorised by theme, practitioner speciality, wards, education and length of employment.

Results and relevance to clinical practise: Cognitive changes during and after chemotherapy were well-known symptoms among the majority of nurses and doctors. Yet, when patients and relatives reported symptoms only a minority initiated an assessment, provided information or intervened to treat the symptoms.

In spite of the healthcare professionals' assessment of the extent and the impact of the problem, their knowledge had little influence on clinical practice.

There is an obvious difference between knowledge, awareness and actions in daily clinical practice.

Keywords: Cognitive changes, chemo brain, chemo fog, memory loss, concentration problems, cancer, cancer treatment, questionnaire



Bio-Oil® er en hudpleje olie, som hjælper med at forbedre udseendet af ar, stræk-mærker og ujævne hudnuancer. Den indeholder planteekstrakter, vitaminer og den banebrydende ingrediens PurCellin Oil™. For yderligere produktinformation og resultater af studier besøg bio-oil.com. Bio-Oil® er det bedst sælgende produkt inden for ar og strækmærker i 11 lande.* Vejl. pris 119,95 for 60 ml.

Bio-Oil® distribueres i Danmark af Cederroth A/S. For spørgsmål og kommentarer vedrørende Bio-Oil® ring 43 66 40 00 eller mail til danmark@cederroth.com

*se bio-oil.com

Døgnrytmeplaner giver ro og engagement

AF LAILA KIRKEBY MATTHIASSEN OG MARIE DAMGAARD WINTHER, INTENSIVE SPECIALSYGEPLEJERSKER, ANSAT PÅ SYGEHUS VENDSYSSEL HJØRRING, INTENSIV AFSNIT; LKM@RN.DK

Døgnrytmeplaner kan være svaret, når patienter på intensivt afsnit virker opgivende og uengagerede i deres egen pleje og rehabilitering. Artiklen er skrevet på baggrund af en opgave på specialuddannelsen til intensiv sygeplejerske.

Intensiv afdeling på Sygehus Vendsyssel, Hjørring, har syv sengepladser. Der er en til en sygeplejerske i dagvagt, i aftenvagt er der seks sygeplejersker, og i nattevagter er der fem sygeplejersker. Patienterne har ofte været sederet i kortere eller længere tid i forbindelse med den intensive behandling. Men som på mange andre intensive afdelinger er patienterne ikke længere dybt sederet i lange perioder, men vågne og intuberede. Vi oplever ofte, at patienterne har svært ved at overskue deres nye og ukendte situation og kan have mere eller mindre grad af delirium. De kan virke opgivende og have svært ved at engagere sig i deres egen pleje og rehabilitering.

Vi har manglet et struktureret arbejdsredskab, der kan skabe kontinuitet og forudsigelighed for patienten. Ofte var døgnrytmen skiftende, alt afhængigt af hvilken sygeplejerske der passede patienten. Forskelligheden i døgnrytmen fra dag til dag kan desuden skyldes procedurer og undersøgelser. Døgnrytmen blev således uens, hvilket kunne være en medvirkende årsag til patienternes delirium og manglende engagement.

Fordele ved en døgnrytmeplan er mange, bl.a. at patienten oplever forudsigelighed og genvinder følelsen af at have kontrol over sin egen situation.

På den baggrund blev det besluttet, at der skulle arbejdes med og indføres døgn-

rytmeplaner i afdelingen. En døgnrytmeplan er en plan for den enkelte patients planlagte aktiviteter i de kommende 24 timer (1).

Implementeringen af døgnrytmeplaner har krævet en holdningsændring hos en del af de ansatte, og vi har haft mange faglige diskussioner om det nødvendige og vigtige i at anvende dem.

For at få døgnrytmeplaner implementeret i afdelingen blev emnet kort beskrevet, og interesserede fik mulighed for at være med til at udarbejde retningslinjerne. Sideløbende blev der dannet to grupper, som skulle arbejde med henholdsvis basal stimulation og mobiliseringsstrategier, da vi mener, at disse emner er tæt forbundne.

Med det udgangspunkt gik gruppen i gang med arbejdet. Der blev diskuteret fordele og ulemper, hvordan og "vi plejer ..." Processen foregik over ca. et år og mundede ud i en retningslinje, der nu anvendes i afdelingen.

Da retningslinjen var færdig, blev den nøje gennemgået. Der blev talt en del om holdninger og syn på patienternes behov, og der var en overvejende positiv stemning overfor de nye tiltag.

Næste del af implementeringen bestod i at drøfte, hvordan vi fastholder hinanden i at udarbejde og følge døgnrytmeplanerne. Vi blev enige om, at hvis den enkelte sygeplejerske vælger at afvige fra planen, skal hun dokumentere årsagen.

I dag har alle patienter en døgnrytmeplan og er henvist til fysioterapeutisk og/eller ergoterapeutisk vurdering efter 48 timer. Der er et tæt samarbejde mellem fysioterapi, ergoterapi og sygeplejersker for at tilrettelægge en dag efter patientens evner, behov og ønsker.

Det er dog nødvendigt at tage emnet op løbende, specielt har det vist sig at være svært at udfærdige en døgnrytmeplan til den tungt sederede patient.

Dagen er tilrettelagt for at tilgodese patienten, og det kan f.eks. indebære, at rengøring og opfyldning af stuen må vente, til patienten har hvilet om formiddagen. Behovet for ro og hvile vægtes højt. En stor del af de pårørende har udtrykt tilfredshed med døgnrytmeplanerne, da de nemt kan se, hvornår det er bedst at komme på besøg. Når patienterne er vågne til det, følger de nøje med i deres døgnrytmeplan og gør personalet opmærksom på, hvad der skal ske hvornår. Patienterne vil gerne medvirke til at udarbejde og ajourføre planerne, og de bliver mere aktive og engagerede i deres rehabilitering, når de bliver medinddraget.

I Danmark flyttes ca. 100 intensive patienter om året fra én intensiv afdeling til en anden pga. kapacitetsproblemer. Det udsætter patient og pårørende for en belastende og usikker situation. Ved overflytning fra én intensiv afdeling til en anden kan man medsende døgnrytmeplanen sammen med udskrivningsnotater. Det vil for den nye afdeling være et arbejdsredskab til at opretholde en døgnrytme for patienten. Derved kan planen være med til at mindske usikkerhed og belastning for både patient og pårørende.

Døgnrytmeplaner er p.t. i fokus i den interessegruppe, der hører under Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågningssygeplejersker, FSAIO, i Nordjylland.

Litteratur

1. www.pri.rn.dk > Sygehus Vendsyssel > døgnrytme

Identificér følelsesmæssig reaktion på sygdom

Hvis sygeplejersker kan identificere patientens primære følelser i forbindelse med sygdom, kan sygeplejeintervention f.eks. i form af samtale formentlig forebygge, at patienten udvikler angst og depression. Artiklen beskriver, hvordan denne kortlægning kan udføres i praksis.

AF LOUISE STØIER, CAND.CUR., PREBEN ULRICH PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE, PH.D., PROFESSOR, OG SELINA KIKKENBORG BERG, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

Angst og depression er ofte de tilstande, der beskrives hos patienter som reaktion på deres sygdomsforløb, men der er følelsesmæssige tilstande og udtryk, som kommer før disse psykopatologiske tilstande.

Identificering af disse kan medvirke til at kvalificere sygeplejeinterventioner, hvor fokus er at hjælpe og støtte patienten med henblik på at håndtere de negative følelsesmæssige påvirkninger af deres situation, inden de udvikler sig til eventuelle psykiske lidelser såsom angst og depression, se boks 1 side 76.

Den teknologiske udvikling indenfor sundhedsvæsenet har medført, at man i dag kan hjælpe patienter med hjerte-kar-sygdomme og patienter med hjerterytmeforstyrrelser til bedring af deres helbred. Studier viser, at behandlingen desværre kan have negative konsekvenser for patienterne i form af angst og depression (1,2). Angst og depression er alvorlige tilstande, som kan diagnosticeres. Men opmærksomheden skal også rettes mod patienter, som bare ikke har det rigtig godt, og som kæmper med en følelsesmæssig reaktion, der endnu ikke har udviklet sig til en mental lidelse.

I en undersøgelse af patienters selvvaluerede helbred før og efter ballonudvidelse af koronarkarrene (2) beskriver en del af patienterne, at deres selvvaluerede mentale helbred er ringere fem uger efter ballonudvidelsen end før. Patienterne, som angav dette, var alle blevet behandlet akut, de havde ikke stået på venteliste

» Sygdom og de medfølgende følelser af positiv eller negativ karakter vil uvægerligt medføre en række reaktioner. En reaktion vil være forventelig og helt normal.

og haft tid til at forberede sig på indgrebet. Forfatterne til undersøgelsen angiver i diskussionen af deres resultater, at patienter indlagt til ballonudvidelse måske er blevet en rutinebehandling for personalet, således at personalet dermed overser patienternes reaktioner og behov.

Identifikation af følelser

En væsentlig opgave indenfor sygepleje er at støtte patienter, der skal håndtere en ny livssituation. I det arbejde konfronteres sygeplejersker dagligt med patienters reaktion på deres livssituation. For at kunne støtte og vejlede i denne proces er det nødvendigt klart at kunne identificere patientens følelser og vurdere betydningen af disse.

Udviklingen af angst og depression kan måske forebygges, hvis

der bliver fokuseret på patienternes følelsesmæssige oplevelse af deres sygdomsforløb. Formålet med denne artikel er at foreslå en tilgang, hvor sygeplejersker fokuserer på forstadiet (de oplevede følelser) og ikke kun det mulige udfald (angst og depression).

Følelser

Følelser er en integreret og vigtig del af den menneskelige eksistens. På trods af en grundlæggende accept af følelser som en betydelig del af den menneskelige tilstand, findes der ikke megen faktisk viden om følelsernes betydning for, hvordan vi som mennesker mestrer et sygdomsforløb. Grunden kan være, at beskrivelse af følelser kan være meget teoretisk (3). Der findes omkring 150 forskellige teorier, der beskriver oprindelsen, intensiteten, karakteren og formålet med følelserne (4). Følelser beskrives f.eks. som sindstilstande, der vedrører en situation eller en forestillingspersonlige betydning for et menneske (5). Teorier om følelser ses beskrevet inden for mange videnskabsretninger, men det er ikke muligt at finde konsensus om en begrebsafklaring (3).

Angst og depression

Angst og depression er medicinske begreber, som repræsenterer den psykopatologiske opfattelse af medicinske tilstande. Begge begreber bliver anvendt bredt i det daglige sprog, ikke kun indenfor sundhedsvæsenet. Angst defineres som en følelse af ængstelse, uvished og frygt. Ifølge WHO's retningslinjer for klassificering af angst (6) kan diagnosen anvendes til patienter, som viser symptomer på angst de fleste dage i mindst nogle uger ad gangen og som regel i flere måneder. Depression er defineret som en psykiatrisk lidelse bestående af nedtrykt sindstilstand, koncentrationsbesvær, indre uro, søvnløshed og vægttab, undertiden forbundet med skyldfølelse (6).

Begreberne angst og depression beskriver sandsynligvis den mentale tilstand hos en del af en patientgruppe i forbindelse med deres reaktion på sygdom. Men spørgsmålet er, om begreberne præcist beskriver det stemningsskift, de fleste patienter oplever som en følelsesmæssig reaktion på deres sygdom. Begreber som frygt og sorg er måske mere beskrivende for patienternes oplevelse. Frygt og sorg er velafgrænsede følelser forbundet med specifikke oplevelser i livet. Hvorimod angst og depression består af kombinationer af følelser og tanker (7).

Sygdom, som kræver hospitalsindlæggelse, kan være en ubehagelig oplevelse. Det ville være overraskende, hvis en sådan oplevelse ikke påvirker patienten og derved udløser en række følelser (8). Sygdom og de medfølgende følelser af positiv eller negativ karakter vil uvægerligt medføre en række reaktioner. En reaktion

” I arbejdet med at ændre italesættelsen af patienternes reaktion på sygdom er der behov for at identificere og forstå de følelsesmæssige reaktioner, patienter oplever i forbindelse med et sygdomsforløb.

Boks 1. Reaktionen på sygdom og identificering af reaktionerne

1. Oplevelsen af sygdom medfører en følelsesmæssig reaktion, som ikke kun kan beskrives med de psykopatologiske begreber angst og depression.
2. Denne reaktion kan udvikle sig til psykiske lidelser såsom angst og depression.
3. Systematisk identificering af patienternes følelsesmæssige reaktion kan medvirke til at kvalificere sygeplejeinterventioner, hvor fokus vil være at hjælpe og støtte patienter med henblik på at håndtere de negative følelsesmæssige påvirkninger af et sygdomsforløb.

► vil være forventelig og helt normal. Det kan derfor tænkes, at de fleste patienters følelsesmæssige reaktioner er en forsvarsmekanisme, som hænger sammen med en sund overlevelsesstrategi. Reaktionen kan måske give udtryk for patienternes behov i forbindelse med mestring af forløbet og kan sandsynligvis påvirke patienternes mestring af det samlede forløb. Samtidig kan manglende identificering af de følelsesmæssige konsekvenser af sygdom måske reducere sygeplejerskers mulighed for at støtte patienten og familien effektivt gennem et sygdomsforløb (3).

Ved klart at definere og beskrive patienters oplevede følelser kan vores fortolkning og strategi for at støtte patienten i håndteringen af en svær livssituation give et andet og mere effektivt resultat end det, der sker ved at definere patienterne som angste eller deprimerede – tilstande, som kræver psykiatrisk vurdering og medicinsk behandling. En klar identificering af de dominerende følelser, som bliver udløst i forbindelse med sygdom, kan medvir-

ke til at identificere de enkelte følelser og følelsesmønstres betydning for patientens håndtering af sin nye tilstand. Herved bliver det muligt at udvikle og forbedre sygeplejeinterventioner, således at støtte, rådgivning, vejledning mv. planlægges og formidles på den mest værdifulde måde for den enkelte patient.

Behov for præcis identificering

I flere studier af betydningen af patienters følelsesmæssige oplevelser for deres håndtering af et sygdomsforløb er patienternes oplevede følelser vurderet ud fra oplevelsen af angst og depression, uden at forskerne forholder sig til anvendelsen af disse psykopatologiske begreber (9). Anvendelsen af disse begreber, der måske kun beskriver den mentale tilstand hos en lille del af en patientgruppe, og som beskriver en kombination af følelser og tanker, kan være årsag til, at der opnås meget modsatrettede resultater i disse studier (10,11,12).

I arbejdet med at ændre italesættelsen af patienternes reaktion på sygdom er der behov for at identificere og forstå de følelsesmæssige reaktioner, patienter oplever i forbindelse med et sygdomsforløb. Herved vil det være muligt at kortlægge de enkelte følelser betydning for patienternes håndtering af en livssituation. Endvidere vil en identificering af følelser kunne medvirke til at kvalificere de anvendte sygeplejeinterventioner, hvor fokus vil være at hjælpe og støtte patienten med henblik på at håndtere de negative følelsesmæssige påvirkninger af deres situation, inden de udvikler sig til eventuelle psykiske lidelser, f.eks. angst og depression (13).

Identificering af de oplevede følelser

Det kan tyde på, at specifikke følelser er intensiverede under sygdom, f.eks. frygt, sorg og vrede (2). Ifølge Plutchiks funktio-

Boks 2. Primære følelser ifølge Plutchik (14)

Positive

Glæde: Harmoni og frihed, styrke, energi, at være uden bekymring og fravær af mentalt og fysisk stress.

Tilfredshed: Relateret til oplevelsen af anerkendelse og tilknytning.

Håb: Udviklingen af forventninger påvirket af menneskets udforskende adfærd, leg og opmærksomhed.

Frygt: En forbigående følelse, der afhænger af en umiddelbar trussel.

Negative

Sorg: Medfører en afdæmpning af såvel mental som fysisk funktion. Afdæmpningen signalerer til andre, at der er noget galt.

Vrede: Aktiveres ved oplevelsen af fysiske eller psykiske begrænsninger, eller hvis et ønsket mål bliver forhindret eller indskrænket.

Afsky: En afvisende respons.

Overraskelse: Har til formål at stoppe op for at kunne orientere sig.

nalistiske teori om de primære følelser har hver eneste følelse en funktionel eller tilpasningsdygtig egenskab, der er specifik for det konstant skiftende miljø. Funktionalisterne beskriver følelserne som et grundlæggende sæt af påvirkninger, hver med unikke afvigelser formet af individuelle erfaringer (3). Plutchik har beskrevet otte primære følelser: glæde, tilfredshed, frygt, overraskelse, sorg, afsky, vrede og håb, se boks 2 side 76.

Begrebet ”primære” anvendes, da teorien beskriver disse følelser som værende grundlæggende for alle andre følelser. F.eks. er følelsen skuffelse dannet af en kombination af sorg og overraskelse (14).

Bowman (3) arbejder ud fra den antagelse, at hver primær følelse påvirker adfærden hos individet, og at hver følelse fremkalder forskellige motiverende mål, som direkte påvirker tilpasningen til den nye situation. Han fremhæver, at psykiske lidelser er relaterede til de grundlæggende følelser.

F.eks. er depression en malign udvikling af sorg, hvilket må anses som en vigtig erkendelse for sygeplejersker. Hvis denne hypotese er korrekt, kan en lignende relation være gældende for alle primære følelser (2). Konsekvensen af en sådan hypotese er et større behov for at registrere følelserne frem for det mulige udfald (angst og depression).

Med mere præcis definerings af de udtrykte følelser hos patienterne kan vores forståelse og strategier for at mildne negative følelsesmæssige påvirkninger måske producere et andet resultat end et forslag om eventuel medicinering. Som nævnt tidligere vil sygeplejeinterventioner, f.eks. samtaler til bearbejdning af følelsesmæssige tilstande i form af håndtering af sygdom, eventuelt kunne mildne de negative påvirkninger og dermed forebygge udviklingen af psykiske lidelser (13).

I et studie (COPE-ICD) (1) om rehabilitering af patienter med implanteret hjertestøder blev et spørgeskema om de primære følelser uddelt ved udskrivelsen. Resultatet viste, at denne patientgruppe oplevede en forøget intensitet af alle primære følelser på nær tilfredshed set i forhold til intensiteten af de oplevede følelser hos en rask population (15). Studiet viste også en signifikant forskel på intensiteten af de oplevede følelser, når gruppen af patienter med nyanlagt implanteret hjertestøder blev delt i forhold til køn, indikation og pumpefunktion. På flere områder sås der sammenfald i forhold til de oplevede følelser hos patienter med nyanlagt implanteret hjertestøder sammenlignet med de oplevede følelser hos patienter med et akut myokardieinfarkt, men oplevelsen af håb og frygt var markant forhøjet hos patienter med nyanlagt implanteret hjertestøder i forhold til patienter med akut myokardieinfarkt. Denne viden kan bruges i plejen af patienterne

Boks 3. Helbred og følelser

Spørgeskemaet består af 24 spørgsmål, som repræsenterer de otte primære følelser. Hver følelse er identificeret ved hjælp af tre spørgsmål. Hvert spørgsmål har fem svarmuligheder. Svaremulighederne rangerer intensiteten af de oplevede følelser fra ”overhovedet ikke” til ”helt bestemt”.

til afdækning af deres følelser, planlægning af relevante interventioner og registrering af forandring over tid.

Perspektivering

Med et ønske om at påvirke sundhedspersonales italesættelse og håndtering af patienters reaktion i forbindelse med sygdom har vi med denne artikel forsøgt at beskrive et redskab til at identificere og monitorere otte følelsesmæssige tilstande hos patienter i forbindelse med et sygdomsforløb, se boks 3 her på siden. Det beskrevne studie af de oplevede primære følelser hos patienter i forløbet efter anlæggelsen af en implanteret hjertestøder viser, at oplevelsen af følelserne frygt, sorg og vrede er intensiveret. Disse følelser må derved antages at være normale reaktioner i forbindelse med anlæggelsen af en implanteret hjertestøder. Hvordan sygeplejersker kan hjælpe patienter i bearbejdningen af disse følelser, så den forhøjede intensivering af disse følelser ikke varer ved og dermed fører til behandlingskrævende lidelser såsom angst og depression, er et felt, der bør udforskes yderligere.

Flere studier viser en forandring af henholdsvis oplevelsen af angst, depression og helbredsrelateret livskvalitet i løbet af det første år hos patienter med ICD (16,17,18). Det kunne derfor være interessant at undersøge, hvorvidt samme tendens kan ses i forhold til intensiteten af de primære følelser set i forhold til både patienter, som tilbydes rehabilitering, og patienter, der ikke får dette tilbud. Spørgeskemaet om de primære følelser blev i forbindelse med COPE-ICD-projektet udleveret til alle inkluderede patienter igen tre måneder efter anlæggelsen af ICD. Disse resultater er endnu ikke opgjort, men vil kunne medvirke til yderligere indsigt i de oplevede følelser og udviklingen af disse hos patienter med nyanlagt ICD. Ud fra disse resultater vil der også kunne opnås viden om, hvorvidt et rehabiliteringsforløb, der indeholder en struktureret og systematisk planlagt sygeplejeintervention, kan medvirke til at ændre intensiteten af de oplevede primære følelser. En viden, som er vigtig i det videre arbejde med udviklingen af sygeplejen.

Louise Støier er ansat på Hjerterafdelingen,
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler;
Lsto0029@regionh.dk
Preben Ulrich Pedersen er leder af
Center for Kliniske Retningslinjer
Nationalt Clearinghouse for Sygepleje,
Aalborg Universitet.
Selina Kikkenborg Berg er ansat i
Hjertecentret, Rigshospitalet.

Spørgeskemaet "Helbred og følelser" kan fås ved henvendelse til
Louise Støier.

Litteratur

1. Berg S, Svendsen J, Zwisler A, Pedersen B, Preisler P, Siersbaek-Hansen L et al. COPE-ICD: A randomised clinical trial studying the effects and meaning of a comprehensive rehabilitation programme for ICD recipients-design, intervention and population. *BMC Cardiovascular Disorders* 2011;11(1):33.
2. Færch J, Pedersen PU. Patienters selvvaluerede helbred før og fem uger efter ballonudvidelse af koronarkarrene. *Sygeplejersken* 2007;107(1):40-7.
3. Bowman GS. Emotions and illness. *J Adv Nurs* 2001 04/15;34(2):256-63.
4. Strongman KT. The psychology of emotion: from everyday life to theory. 5. ed. Chichester: Wiley; 2003.
5. Følelser. 2010. Tilgængelig på: http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologiske_termer/følelser. Besøgt 02/06/2012.
6. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization; 1992.
7. Lazarus RS. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press; 1991.
8. Bowman G, Watson R, Trotman-Beasty A. Primary emotions in patients after myocardial infarction. *J Adv Nurs* 2006 03/15;53(6):636-45.
9. Louise Støier. Følelser og Helbred – en spørgeskemaundersøgelse af intensiteten af primære følelser hos patienter med nyanlagt ICD. Aarhus: Aarhus Universitet; 2011.
10. McGrady AA. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2009;29(6):358-64.
11. Glazer KM, Emery CF, Frid DJ, Banyasz RE. Psychological Predictors of Adherence and Outcomes Among Patients in Cardiac Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil* 2002 January/February;22(1):40-6.
12. Whitmarsh A, Koutantji M, Sidell K. Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology* 2003;8(2):209-21.
13. Pedersen SS, Van Den Broek KC, Sears SF. Psychological Intervention Following Implantation of an Implantable Defibrillator: A Review and Future Recommendations. *Pacing Clin Electrophysiol* 2007 12;30(12):1546-54.

14. Plutchik R. Emotion: a psychoevolutionary synthesis. New York, N.Y.: Harper & Row; 1980.
15. Støier L, Pedersen PU, Berg SK. Intensity of primary emotions in patients after implantation of an Implantable Cardioverter Defibrillator. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2013, vol. 3 no. 8.
16. Flemme I, Bolse K, Ivarsson A, Jinhage B, Sandstedt B, Edvardsson N, et al. Life situation of patients with an implantable cardioverter defibrillator: a descriptive longitudinal study. *J Clin Nurs* 2001 07;10(4):563-72.
17. Flemme I, Edvardsson N, Hinic H, Jinhage B, Dalman M, Fridlund B. Long-term quality of life and uncertainty in patients living with an implantable cardioverter defibrillator. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2005 12;34(6):386-92.
18. Mauro A. Exploring uncertainty and psychosocial adjustment after cardioverter defibrillator implantation. *J Cardiovasc Nurs* 2008 2008;23(6):527-35.

English abstract

Støier L, Pedersen PU, Berg SK. Identify emotional reaction to disease. *Sygeplejersken* 2013;(7):75-8.

To understand the emotional reaction to disease and the importance of coping with the course of the disease, it is necessary to separate the normal reactions from the abnormal. Today, the reaction is often described with the pathological terms "anxiety" and "depression". But attention must also be given to patients who simply are not doing sufficiently well and who are struggling with an emotional reaction that has not yet developed into a mental disorder. The purpose of this article is to propose an approach where nurses focus on the precursor stage (the experienced feelings) and not only the possible outcome (anxiety and depression). By clearly defining and describing the feelings patients experienced, our interpretation and strategy for supporting the patient in dealing with a difficult life situation provide a different and more effective result than that achieved by defining patients as anxious or depressed, which are conditions requiring psychiatric assessment and treatment. A questionnaire that describes how a patient's experience of health affects the individual may be useful in identifying the feelings the patient experienced.

Keywords: Anxiety, depression, coping.

TEORI PRAKSIS

Teori & Praksis indeholder en kort test til læseren og spørgsmål, der lægger op til diskussion af egen praksis. Indholdet i artiklen er så vidt muligt forskningsbaseret.

Skribenter, der har et emne til "Teori & Praksis", kan maile til jb@dsr.dk og få mere information om rammerne for artiklen, eller se manuskriptvejledningen på www.dsr.dk/sygeplejersken

Alkoholforebyggelse i hospitals – udfordringer og perspektiver

Artiklen, der er baseret på en ph.d.-afhandling om alkoholbrug i Danmark, præsenterer nogle af afhandlingens fund og nævner konkrete anbefalinger for alkoholforebyggelse i hospitalsregi. Den danske alkoholkultur er kompleks, og initiativerne til forebyggelse skal derfor udgøres af forskellige elementer og tilbud.

AF METTE GRØNKJÆR, SYGEPLEJERSKE, MASTER OF NURSING, PH.D., POSTDOC VED FORSKNINGSENHED FOR KLINISK SYGEPLEJE, AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL, OG LISE N. SØNDERGAARD, SYGEPLEJERSKE, SD, MPH, PLAN & KVALITET, AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Mål med artiklen

Artiklens mål

- At bidrage til alkoholforebyggelse i hospitalsregi.
- At anvise konkrete initiativer baseret på nationale anbefalinger, evidens samt erfaringer fra Aalborg Universitetshospital.
- At anbefale folkesundhedsmæssige initiativer med henblik på en målrettet indsats over for de komplekse karakteristika i den danske alkoholkultur.

Alkoholforbruget i Danmark er højt med et gennemsnitligt årligt forbrug på 11,3 liter ren alkohol pr. indbygger over 14 år. Til sammenligning er det årlige forbrug i Norge 6,2 liter; 6,7 liter i Sverige og 9,7 liter i Finland blandt mennesker ≥ 15 år (1). Ydermere er Danmark det land i Europa, hvor flest angiver at drikke alkohol (93 pct.) (2). Det estimeres, at 860.000 danskere drikker over Sundhedsstyrelsens anbefalinger for højrisikoalkoholforbrug (storforbrug); ca. 585.000 drikker alkohol på skadeligt niveau, og 140.000 er klassificeret som alkoholafhængige (3). Alkohol er således et væsentligt folkesundhedsmæssigt problem i Danmark, og sygeplejersker spiller en central rolle i forhold til forebyggende og sundhedsfremmende initiativer i såvel primær som sekundær sektor.

Formål og metode

Denne artikel bygger på elementer af den ene forfatters ph.d.-afhandling, der havde til formål at undersøge alkoholbrug i Danmark i et folkesundhedsmæssigt perspektiv. Artiklen har til formål at præsentere nogle af undersøgelsens fund og diskutere disse fra en folkesundhedsmæssig og sygeplejefaglig synsvinkel. Formålet er endvidere at bidrage til forebyggelsesarbejdet specifikt i hospitalsregi med anvisning af konkrete initiativer baseret på foreliggende nationale anbefalinger, evidens samt erfaringer fra Aalborg Universitetshospital. Hovedbudskabet er, at det er nødvendigt at iværksætte forskellige folkesundhedsmæssige initiativer med henblik på en målrettet indsats over for de komplekse karakteristika af dansk alkoholkultur.

Alkohol

Alkohol er et organisk opløsningsmiddel, der kan føre til vital organskade og således risiko for udvikling af hjerte-kar-, le-

Blå bog

Mette Grønkjær er uddannet sygeplejerske fra Sygeplejeskolen Aalborg i 1998. Hun har en Master of Nursing fra Flinders University of South Australia og har efterfølgende arbejdet som forskningsassistent ved School of Nursing, Flinders University. Fra 2002-2006 var hun underviser ved Vendsyssel Sygeplejeskole, og hun har i 2011 taget en ph.d.-grad i medicin fra Aarhus Universitet. Hun arbejder aktuelt som postdoc i klinisk sygepleje ved Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital; mette.groenkjaer@rn.dk



Lise N. Søndergaard er uddannet sygeplejerske fra Sygeplejeskolen Aalborg i 1986. Hun har tidligere arbejdet i Endokrinologisk sengeafsnit, på øre-, næse- og halsafdelingens sengeafsnit og har fungeret som afdelingssygeplejerske i samme speciales operations- og ambulatorieafsnit. Hun har været ansat i hospitalsledelsens stab siden 2002 og arbejder fortrinsvis som leder af Sund Info (Patientrettet forebyggelsesenhed), herunder med forskning og udvikling af sundhedsfremme og forebyggelse i hospitalsregi og drift af Forebyggelsesambulatoriet. Hun er ansvarlig for kommunesamarbejdet på strategisk niveau. Har i 1996 taget SD med speciale i uddannelse og undervisning og blev i 2009 Master of Public Health; lise.soendergaard@rn.dk



ver- og mave-tarm-sygdomme samt kræft i f.eks. mundhule, hals, spiserør, lever, tarme og bryst (4,5). Ca. 3.000 dødsfald svarende til 5 pct. af alle dødsfald er alkoholrelaterede, og alkohol resulterer i 50.000 tabte leveår for mænd og 20.000 for kvinder (6). Omkostningerne ved alkoholforbruget er vurderet til 6-10 mia. kr. pr. år, hvor omkring 3 mia. kr. anvendes i sundhedsvæsenet (6). Selv om det samlede alkoholforbrug er højt,

drikker de fleste danskere i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Alkoholrelaterede problemer er imidlertid ikke kun forbundet med de mennesker, der er afhængige af alkohol, men også med dem, der af og til drikker sig berusede eller af og til drikker mere alkohol end anbefalet. Kendskab til drikkevaner og ikke bare det samlede alkoholindtag er derfor vigtigt for at forstå sammenhængen mellem alkoholforbrug, sygelighed og dødelighed (7).

En ældre undersøgelse viser, at ca. 20 pct. af indlagte patienter på kirurgiske og medicinske afdelinger har en behandlingskrævende alkoholafhængighed (8). For stort alkoholforbrug resulterer årligt i 28.000 hospitalsindlæggelser, 10.000 skadestuebesøg og 72.000 ambulante besøg, mens 150.000 ekstra kontakter hos praktiserende læger skyldes alkoholrelaterede problemer (9). Selvom disse patienter normalt er velorienterede, kender ikke alle til de sygdomme, som skyldes for stort alkoholforbrug, og de fleste patienter indlægges pga. årsager, de ikke selv forbinder med alkoholforbrug, f.eks. kredsløbssygdomme, skrumpelever, brystkræft mv. De fleste er velstillede danskere, der ikke er decideret alkoholafhængige, men som drikker over genstandsgrensen (10). Således vil sygeplejersker møde patienter med alkoholrelaterede problemer i mange forskellige sammenhænge, hvilket skaber rig mulighed for iværksættelse af systematiske forebyggende og sundhedsfremmende initiativer (11,12).

Dansk alkoholkultur

Dansk alkoholkultur er i medierne og litteraturen blevet vidt beskrevet, f.eks. som beruselseskultur, drankernation, liberal alkoholkultur, våd alkoholkultur mv. (13,14). Betegnelser, der giver indtrykket af et overordnet højt forbrug, let tilgængelighed og få begrænsninger på alkoholindtag. Kulturelle beskrivelser af danskernes alkoholbrug er således ofte knyttet til alkoholmængde og frekvens frem for befolkningens opfattelser af de betydninger og meninger, der er forbundet med at drikke alkohol. Med interesse for alkoholkultur er det endvidere relevant at betragte de steder og situationer, hvor vi drikker alkohol. Det vil sige dér (og med hvem), hvor alkoholkulturen udleveres, idet analyser af drikkekontekster er væsentlige for forståelsen af sammenhængen med alkoholbrug og dens skadelige konsekvenser (15). Formålet med ph.d.-projektet var derfor at undersøge kulturelle

aspekter ved alkoholbrug i Danmark; herunder drikkekontekster og de betydninger og forestillinger, der er forbundet med alkoholbrug.

Undersøgelsen i korte træk

Undersøgelsen anvendte en mixet metodetilgang, der bestod af både kvantitative og kvalitative studier. Det indledningsvise kvantitative studie (studie I) anvendte data fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY 2005) til at beskrive drikkekontekster i relation til køn og alder. Ud af de 21.832 personer, der blev inviteret til at deltage, var der 14.566, der deltog i undersøgelsen (responsrate 66,7 pct.). Det efterfølgende kvalitative studie (studie II) anvendte fokusgruppinterview til at undersøge de forestillinger og betydninger, der er forbundet med alkoholbrug; særligt med fokus på drikkekontekster og kulturelle normer. Der blev udført fem fokusgruppinterview med fem til seks deltagere i hver gruppe. Ud af de 28 personer, der blev inviteret, deltog 27 (13 mænd og 14 kvinder) i alderen 16 til 82 år. Deltagerne blev rekrutteret fra den generelle befolkning og var normale alkoholforbrugere, dvs. ikke abstinente eller med kendte alkoholrelaterede problemer. Der anvendtes tematisk analyse samt konversationsanalyse til at analysere indhold og interaktioner mellem fokusgruppedeltagere og deres indvirkning på dataindholdet.

Resultater

Undersøgelsen viste, at alkohol er accepteret og forventet i det danske samfund, hvilket skaber et kulturelt pres på individer og grupper om at drikke socialt. Den enkelte forventer det af sig selv, at drikke alkohol, ligesom det forventes af andre. Det gør, at det kan være svært at sige nej til alkohol, hvis man bliver det tilbudt. I den forbindelse blev det tilsvarende fremhævet, at det "ikke er normalt ikke at drikke", og således fremstår man som "Karen Kedelig", hvis man ikke drikker alkohol som forventet. Alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens anbefalinger blev for nogle betragtet som normalt, så længe alkoholtypen var i overensstemmelse med reglerne for drikkekonteksten.

Den sociale gruppe havde en stærk ekstern indflydelse på den enkeltes drikkevalg og oplevelser, hvilket kom til udtryk i alle aldersgrupper, og således ikke kun var et fænomen blandt ►

Stop og tænk

- Hvordan arbejder I med alkoholforebyggelse i jeres afdeling?
- Hvordan oplever I mødet med patienter med alkoholstorforbrug?
- Hvilke udfordringer synes især at påvirke jeres mulighed for at arbejde med alkoholforebyggelse?
- Hvilke muligheder har I for at henvise patienter til en forebyggelsessamtale?
- Hvordan vurderer du dit eget forbrug af alkohol?

- danske unge. Undersøgelsen viste endvidere, at alkohol blev betragtet som en hyggelig og social nødvendighed, og der var tendens til at fokusere på alkohols positive virkninger. Denne positive opfattelse kom ydermere til udtryk på den måde, deltagerne talte om at nyde alkohol modsat at drikke alkohol, der var forbundet med alkoholproblemer. Det vil sige, at selvom en mindre del af gruppedrøftelserne omhandlede forebyggelse af alkoholrelaterede problemer, var deltageres beretninger og ordvalg ofte forbundet med positive ordvalg, hvilket ydermere indikerer, at alkohol er forbundet med noget positivt og rart.

Drikkekontekstens betydning

Den indledende kvantitative undersøgelse viste, at mere end 68 pct. af studiepopulationen angav at drikke alkohol i sociale sammenhænge såsom hjemme hos/på besøg hos familie og venner eller i festsammenhænge. Størstedelen af storforbrugere drak også alkohol i sociale sammenhænge. Den efterfølgende kvalitative undersøgelse gjorde det muligt at udforske disse tendenser nærmere samt at skabe dybere indsigt i de kulturelle normer, der vedrører alkoholbrug i forskellige sammenhænge. På spørgsmålet om, hvor deltagerne drak/ikke drak alkohol, kom det frem, at alkohol indgik i og var forventet i de fleste sammenhænge, f.eks. fester, besøg hos venner og familie, fødselsdage, begravelser, barnedåb, konfirmationer mv., mens der var få sammenhænge, hvor alkohol blev betragtet som upassende (i forbindelse med bilkørsel, arbejde og nogle sportssituationer). Alkoholbrug alene blev forbundet med alkoholrelaterede pro-

blemer, men det blev betragtet som legitimt at drikke alene, hvis det var forbundet med en form for aktivitet; f.eks. at drikke et glas vin i forbindelse med madlavning.

Fokusgruppeundersøgelsen komplementerede den indledningsvise kvantitative undersøgelse og viste, at den sociale kontekst var en vigtig determinant, der syntes at underkende alkoholmængden i forhold til deltagerens opfattelse af et legitimt alkoholbrug. Den sociale kontekst legitimerer sig selv ved at være social, og på denne måde synes alkoholmængden ikke at være væsentlig, selvom den overskrider Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Alkoholbrug i sociale sammenhænge spiller således en væsentlig rolle i opfattelsen af et legitimt alkoholbrug og synes at underkende den faktiske alkoholmængde.

Diskussion

Dette projekt har været medvirkende til at identificere flere folkesundhedsmæssige og sygeplejefaglige udfordringer: For det første eksisterer der nogle stærke kulturelle opfattelser i form af en accept af og forventning om at drikke alkohol i forskellige (og mange) sammenhænge. For det andet har drikkekonteksten en væsentlig indflydelse på en drikkesituations normalitet og legitimitet og synes til en vis grad at underkende alkoholmængden. For det tredje er adfærdsændring set ud fra et sundhedsfremmende perspektiv rettet mod at ændre negativt til positivt, men alkohol er for mange forbundet med noget positivt, hvilket medfører en særlig kompleks problemstilling. For hvorfor skulle man ændre sin adfærd, når alkohol betragtes som sundt, forbundet med hyggelige sociale situationer og positive betydninger (og alle andre gør det)?

Storforbrug af alkohol er, sammen med fedme, undervægt, rygning og fysisk inaktivitet, associeret med livsstilssygdomme, øget morbiditet og mortalitet. Med udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel skal patienters sundhedsmæssige risiko derfor vurderes på grundlag af livsstilsfaktorer, ligesom relevante patienter tilbydes intervention (16). En styrkelse af forebyggelse gennem tidlig opsporing og registrering af patientens risikofaktorer skal støtte sundhedspersonalet i vurderingen af, hvem der har behov for en motiverende, forebyggende og sundhedsfremmende indsats på sygehuset eller i almen praksis og i kommunen. Dette betyder, at alle patienter bør KRAM-screens (Kost,

Rygning, Alkohol og Motion) med henblik på en systematisk sundhedsmæssig risikovurdering, herunder identifikation af en eller flere risikofaktorer til opfølgning med forebyggelsessamtale eller andre tilbud.

Husk patientens egen opfattelse

Dette sammenholdt med ovenstående udfordringer betyder for klinisk praksis, at det er væsentligt at medtænke og betragte de forestillinger og betydninger, der er forbundet med patientens egne opfattelser af et normalt alkoholforbrug, herunder den kulturelle accept og forventning til alkoholbrug i forskellige sammenhænge. Alkoholbrug over Sundhedsstyrelsens anbefalinger er for nogle betragtet som normalt, ligesom socialt alkoholbrug er betragtet som uproblematisk (især hvis det er rødvin). Af sundhedsmæssige årsager bør sådanne forestillinger og betydninger inddrages i vurderinger og interventioner til patienter.

Undersøgelsen har været medvirkende til at fremhæve forskelligartede risikoforståelser mellem den generelle befolkning og sundhedsmyndighederne, der bl.a. kommer til udtryk i forhold til risikoen for at blive syg vs. chancen for at leve. For mens den seneste alkoholkampagne fra Sundhedsstyrelsen fremhæver, at alkohol øger risikoen for cancer og andre sygdomme, giver deltagerne i undersøgelsen udtryk for, at det ikke er normalt ikke at drikke, og at alkohol er forbundet med det gode liv. Tilsvarende fremhæver Sundhedsstyrelsen, at man som kvinde maksimalt bør drikke 7 genstande om ugen, mænd maksimalt 14, mens undersøgelsen peger på, at alkoholbrug, herunder alkoholstorforbrug, foregår i mange sammenhænge, heraf flere sociale som f.eks. på besøg hos familie og venner eller i fest-sammenhænge, ligesom den sociale drikkekontekst spiller en væsentlig rolle i legitimeringen af alkoholbrug, hvilket er medvirkende til, at alkoholmængden til en vis grad underkendes (17). Slutteligt fremgår det af Sundhedsstyrelsen, at man ikke bør drikke alkohol (i visse mængder), mens undersøgelsens fokus på kulturelle opfattelser viste, at man faktisk bør drikke alkohol, det er accepteret og forventet, og således skal der en god undskyldning til for at takke nej. Pointen er ikke, at Sundhedsstyrelsen leverer et forkert budskab. Kampagnen er både nødvendig, relevant og baseret på den bedst tilgængelige evidens.

Læsertest

1. Hvad er højrisikogrænserne for alkoholgenstande for henholdsvis kvinder og mænd?

- a. 7/14 genstande om dagen
- b. 7/14 genstande om ugen
- c. 14/21 genstande om ugen

2. Hvor mange indlæggelser på danske hospitaler kan årligt tilskrives alkoholstorforbrug?

- a. 15.000
- b. 28.000
- c. 7.000

3. Hvor mange sygdomme har man kendskab til, at der kan udvikles som følge af alkoholbrug?

- a. ca. 60
- b. ca. 25
- c. ca. 3

4. Hvornår bør patienten stoppe sit alkoholforbrug før operation?

- a. I forbindelse med faste
- b. Inden indlæggelsen
- c. 4 uger før operation

Læs svarene side 87.

Men det er væsentligt at have disse divergerende opfattelser for øje i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme inden for alkoholområdet.

Mængde versus kontekst

Alkoholforebyggelse er en kompleks opgave, idet alkohol som risikofaktor for udviklingen af en række sygdomme er forbundet med et forebyggelsesmæssigt paradoks. Det skyldes, at midaldrende og ældre mennesker, der er alkoholafholdende, har en større risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom end de, der har et let til moderat alkoholforbrug (18). Selvom nyere forskning viser, at de sundhedsmæssige gevinster ved alkohol er begrænsede (16,19), ►

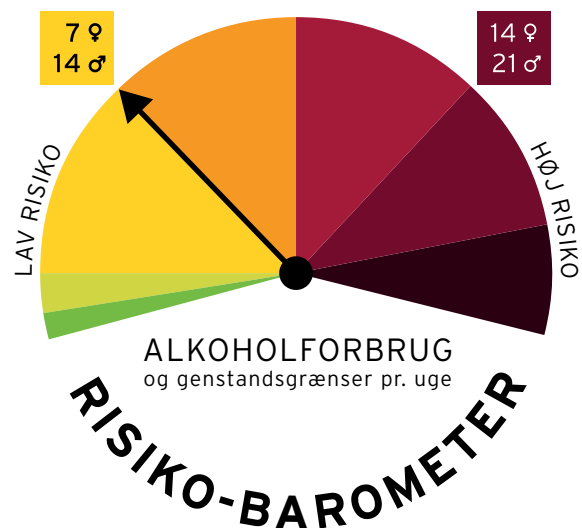
Boks 1. Sundhedsstyrelsens syv udmeldinger om alkohol

- Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred.
- Drik ikke alkohol for din sundheds skyld.
- Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd.
- Du har en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol, hvis du drikker mere end 14/21 om ugen.
- Stop før 5 genstande ved samme lejlighed.
- Er du gravid – undgå alkohol. Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld.
- Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol.

► peger nærværende og andre undersøgelser på, at alkohol er forbundet med det gode og det sunde liv (20). I undersøgelsen gav deltagerne udtryk for forvirring i forhold til, hvorvidt alkohol er sundt eller ej, og syntes at retfærdiggøre deres eget forbrug bl.a. på baggrund af en formodet sundhedsmæssig gevinst (17). Dette paradoks er medvirkende til, at alkoholforebyggelse er kompleks. Endvidere forstærkes kompleksiteten af, at KRAM-screening vedr. alkohol baserer sig på den aktuelle alkoholemængde, mens drikkekonteksten (der hvor alkoholbruget foregår og med hvem) tilsyneladende spiller en væsentlig rolle i forhold til opfattelsen af et normalt alkoholforbrug samt legitimeringen af eget forbrug (17). Slutteligt viser undersøgelser, at der eksisterer flere problemstillinger i forhold til at tale med patienter om alkohol. Det være sig f.eks., at alkohol (misbrug) er forbundet med tabu (21); at sundhedspersonalet mangler træning i alkoholsamtalen og tvivler på deres egen formåen (22), samt at sundhedspersonalet føler sig forvirrede i forhold til retningslinjer for alkoholbrug (23). Der er således god grund til at sætte fokus på og iværksætte sygeplejefaglige udviklingsinitiativer, der vedrører alkoholforebyggelse.

Erfaringer fra alkoholforebyggelse i hospitalsregi

På Aalborg Universitetshospital er der gennem flere år arbejdet med systematisk identifikation af risikofaktorer relateret til livsstilsfaktorerne Kost, Rygning, Alkohol og Motion, KRAM. Livsstilsvaner har stor betydning for patientforløb. For at kunne tilbyde relevant intervention er en tidlig og systematisk identifikation af

Figur 1. Risikobarometer (Sundhedsstyrelsen 2012)

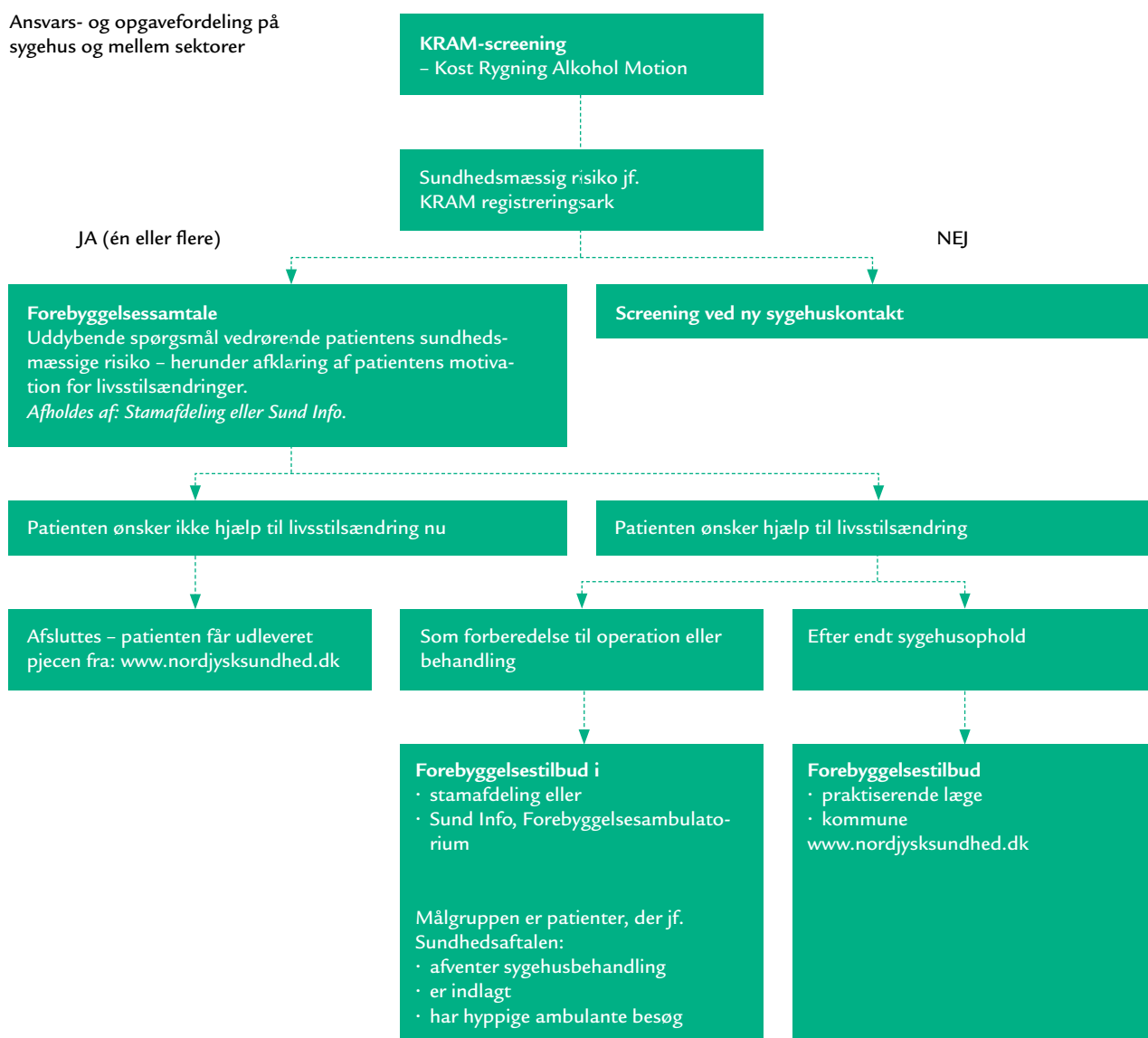
Barometeret viser grænserne for henholdsvis lavrisiko- og højriskoalkoholforbrug og kan anvendes som pædagogisk redskab i samtale med patienten (gengivet med tilladelse fra Sundhedsstyrelsen).

risikofaktorerne væsentlig for det samlede patientforløb. I 2010 gennemførte Aalborg Universitetshospital en pilot-test af Sundhedsstyrelsens projekt PRIK, hvor formålet var at undersøge, i hvor høj grad systematisk screening og registrering af SKS-koder i patientjournaler kunne implementeres på somatiske hospitalsafdelinger (24,25). Erfaringer fra pilotprojektet danner grundlag for den screenings-, interventions- og registreringspraksis, der er på Aalborg Universitetshospital i dag. Ved indlæggelse og ambulante forløb bliver patienterne i forhold til alkoholvaner spurgt om deres ugentlige forbrug af alkohol, og de bliver rådgivet ud fra Sundhedsstyrelsens høj- og lavrisikogrænser samt øvrige anbefalinger for alkohol, se figur 1 og boks 1 her på siden.

Det er væsentligt, at patienten i forbindelse med interventionsdelen får klar information om sammenhængen mellem aktuel

Boks 2. KRAM-screening og forebyggelsessamtale

Ansvars- og opgavefordeling på sygehus og mellem sektorer



- lidelse og behandling, og hvordan alkoholoverforbruget påvirker behandlingsresultatet, men også at der bliver talt med patienten om dennes motivation for at ændre vaner. Herunder vurderes også den rolle, alkohol spiller for patienten jf. ovennævnte beskrivelse af dansk alkoholkultur. Afhængigt af hvor patienten er i sit behandlingsforløb, tilbydes hjælp til at ændre vaner enten gennem hospitalets forebyggelsesambulatorium Sund Info og/eller ved henvisning til kommunale misbrugscentre. Det er betydningsfuldt for ændring af alkoholvaner, at patienten oplyses om, hvilke tilbud der findes. Dertil er der udarbejdet et flowdiagram, som beskriver arbejdsgangen for, hvordan sundhedspersonalet skal håndtere henvisning af patienten, se boks 2 side 85.

Alkoholbehandling foregår i flere forskellige regi og former, der spænder fra besøg hos den praktiserende læge, ambulante behandling på alkoholambulatorier/private behandlingsinstitutioner til indlæggelse i døgnbehandling.

Voksne med misbrug kan henvende sig i kommunale misbrugscentre i et åbent rådgivningstilbud, hvor der vil blive taget stilling til, hvilket behandlingsforløb den enkelte skal tilbydes.

Ensartede faglige standarder

For at det sundhedsfaglige personale får redskaber til at gennemføre denne opgave, bliver der løbende afholdt undervisning; f.eks. kurser om ”Den Motiverende Samtale”, temamøder om alkohol med fokus på helbred/risiko for sygdom, alkoholkultur, samtale med patienten samt information om rådgivningstilbud. Der er udarbejdet retningslinjer for personalet, se boks 3 her på siden, og udarbejdet informationspjecer til patienterne, så indsatsen bygger på ensartede faglige standarder. Indsatsen har særligt sigte på at identificere alkoholstorforbrugere, da disse ikke altid fremstår med tydelige alkoholrelaterede problemer, og samtidig for at give patienten den information, der er behov for i relation til f.eks. en forestående operation.

Det er væsentligt, at patienten får præcis information om alkohols betydning for helbredet samt konkrete oplysninger fra sundhedspersonalet, så der er skabt grundlag for opfølgning. Hospitalets Forebyggelsesambulatorium, Sund Info, kan guide patienten videre til det kommunale misbrugs/sundhedscenter gennem en motiverende samtale samt hjælp til patienten med kontakt til en konsulent i kommunalt regi, når det er påkrævet.

Boks 3. Forebyggelsessamtale om alkohol

En forebyggelsessamtale om alkoholoverforbrug er en afklarende samtale om patientens motivation for ændring af alkoholvaner, der tilbydes indlagte og ambulante patienter (32). Samtalen baseres på WHO-anbefalingerne, de fem A'er: Assess, Advice, Agree, Assist og Arrange (33).

1. Vurdér alkoholforbruget med et hurtigt screenings-værktøj (AUDIT-C) fulgt af klinisk vurdering efter behov (Assess).
2. Rådgiv patienterne om at nedsætte deres forbrug af alkohol (Advise).
3. Skab enighed om individuelle mål for nedsættelse alkoholforbruget eller afholdenhed (Agree).
4. Hjælp patienterne med at blive motiverede, giv dem værktøjer til selvhjælp eller den nødvendige støtte til at ændre adfærd (Assist).
5. Arrangér followupstøtte og gentagne rådgivningssessioner, herunder henvisning af alkoholafhængige til specialistbehandling (Arrange).

Behov for viden og kompetencer

Sundhedspersonalets viden om og erfaring med forebyggelse som en del af behandlingen har stor betydning, når efterlevelse af en retningslinje skal ske i praksis (26,27,28). Et studie beskriver, at sygeplejersker uden uddannelse om livsstilsændringers betydning for helbredet oplever det som værende problematisk at motivere patienter, der ikke er parate til at ændre vaner i forbindelse med hospitalsbehandling (29). Dette kan genfindes i et andet studie, der påpeger en stigende erkendelse af, at forebyggelse er en faglig opgave, hvor sundhedspersonalets egen opfattelse af manglende kvalifikationer udgør den største barriere for rådgivning af patienter (30). Tidlig opsporing som en del af den sekundære forebyggelse, hvor risikoadfærd identificeres, giver anledning til tidlig intervention for at beskytte den enkelte mod sygdom og dennes konsekvenser. Et review om effekten af sundhedspersonalets rådgivning viser, at sundhedspersonale, som har modtaget undervisning i metoder til livsstilsændringer, oftere rådgiver end personale, der ikke har modtaget un-

Svar på læsertest

Svar på læsertest side 83.

1. c
2. b
3. a
4. c

dervisning (31). Det peger på vigtigheden af kompetenceudvikling, at sundhedsfagligt personale besidder redskaber til at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse, og at der fortløbende er fokus på opgaven og suppleres med viden, for at indsatsen fastholdes.

Konklusion og perspektiver på fremtiden

Undersøgelsen og denne artikels diskussion har fremdraget en række udfordringer i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme vedrørende alkohol. Som sygeplejersker og sundhedsprofessionelle må vi generelt tage denne problematik alvorligt og forsøge at imødegå de mange udfordringer, der vedrører alkoholforebyggelse. Vi er nødt til at medtænke patientens måde at handle og tænke på, når vi skal iværksætte forebyggelsesmæssige initiativer. Alkohol har forskellige betydninger og roller afhængigt af, hvilken kontekst den indtages i og den enkeltes livssituation. Det er derfor ikke tilstrækkeligt at reducere alkoholbrug til en enkelt parameter som mængde af genstande, men medtænke, at alkoholbrug er meget mere komplekst og forbundet med adskillige aspekter.

Den danske alkoholkultur, den foreliggende evidens om betydningen af intervention samt det konkrete arbejde og erfaringer vedrørende forebyggelse fra Aalborg Universitetshospital peger på vigtigheden af, at forebyggelse prioriteres højt i hospitalsregi, herunder at sundhedsfagligt personale besidder viden, kompetencer og redskaber til at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Dette fordrer en systematisk og strategisk indsats, hvor alle sundhedspersoner på tværs af faggrænser arbejder sammen med henblik på at reducere alkoholrelateret sygdom, lidelse og død. Det fordrer også, at der kontinuerligt iværksættes udviklings- og forskningsprojekter, der er rettet mod at generere ny viden. På Aalborg Universitetshospital arbejdes der med et konkret forskningsprojekt, der er forankret i Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, og

som foregår i et nært samarbejde med sundhedskoordinatorer på de somatiske sygehuse i Region Nordjylland. Formålet med projektet er at undersøge faktorer, der har indflydelse på forebyggelsesarbejdet fra såvel patient som sundhedspersonaleperspektiv samt at være medvirkende til at skabe sammenhængende patientforløb i samarbejdet mellem sektorer vedr. alkoholrelateret forebyggelse og behandling. Herved cementeres vigtigheden af, at klinisk forebyggelse og forskning foregår i en tæt konneks.

Litteratur

1. WHO. Global status report on alcohol and health. World Health Organization; 2011.
2. European Commission. EU citizens' attitudes towards alcohol. 2010.
3. Gottlieb Hansen AB, Hvidtfeldt UA, Grønæk M, Becker U, Søgaard Nielsen A, Schurmann Tolstrup J. The number of persons with alcohol problems in the Danish population. *Scand J Public Health* 2011 Mar 1;39(2):128-36.
4. Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred. København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
5. Schutze M, Boeing H, Pischon T, Rehm J, Kehoe T, Gmel G, et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ* 2011;342:d1584.
6. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Supplement: Risk factors and public health in Denmark. *Scand J Public Health* 2008 Nov 1;36(1_suppl):1-227.
7. Tolstrup JS, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Grønæk M. Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction* 2004 Mar;99(3):323-30.
8. Nielsen SD, Storgaard H, Moesgaard F, Gluud C. Prevalence of alcohol problems among adult somatic in-patients of a Copenhagen hospital. *Alcohol* 1994 Sep;29(5):583-90.
9. Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
10. alkohol.dk. Alkoholrelaterede sygdomme. Alkohol dk 2011 Available from: URL: <http://www.alkohol.dk/Alkohol-helbred-og-sygdomme.html> 9. april 2013
11. Mundt K, Jensen M, Kahn A, Nielsen A, Grønæk M, Tønnesen H. Alkohol – forebyggelse på sygehus. Fakta, metoder og anbefalinger. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, Bispebjerg Hospital; 2003.
12. Holloway AS, Watson HE, Arthur AJ, Starr G, McFadyen AK, McIntosh J. The effect of brief interventions on alcohol consumption among heavy drinkers in a general hospital setting. *Addiction* 2007 Nov;102(11):1762-70.
13. Andreasen J. Den danske beruselseskultur. *Ugeskrift for Læger* 2004;(10).
14. Elmeland K, Villumsen S. Udviklingen i danskernes holdninger til alkoholforbrug og alkoholpolitiske spørgsmål. *Nordisk alkohol og narkotikatidsskrift* 2007;24. ▶

- 15. WHO. Global Status Report on Alcohol 2004. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse; 2004.
16. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Den Danske Kvalitetsmodel: Akkrediteringsstandarder for sygehuse (Høringsversion). Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet; 2012.
17. Grønkjær M. Alcohol use in Denmark: A mixed methods study on drinking contexts and the culture of alcohol use from a public health perspective PhD dissertation, Aarhus University; 2011.
18. Tolstrup J, Jensen MK, Tjønneland A, Overvad K, Mukamal KJ, Gronbaek M. Prospective study of alcohol drinking patterns and coronary heart disease in women and men. *BMJ* 2006 May 27;332(7552):1244-8.
19. NHMRC. Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol. Commonwealth of Australia; 2009.
20. Mandag Morgen & Trygfonden. Fremtidens alkoholpolitik – ifølge danskerne [Alcohol politics of the future – according to the Danes]. Copenhagen: Mandag Morgen & Trygfonden; 2009.
21. Groenkjaer M. Nurses' attitudes, knowledge and practices towards patients with alcohol and drug related problems: A critical ethnography of a ward setting in a general hospital. School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Sciences, Flinders University of South Australia; 2001.
22. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002 Aug;39(4):333-42.
23. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health (Oxf)* 2011 Sep;33(3):412-21.
24. Sundhedsstyrelsen. Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost, samt rygning og alkohol som risikofaktorer i patientregistreringen. Sundhedsstyrelsen; 2010.
25. Center for kvalitetsudvikling. Evaluering af pilotprojekt – vedrørende systematisk screening og registrering af livsstilsrelaterede risikofaktorer på Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital og Psykiatrien i Region Nordjylland. 2010.
26. Dansk Selskab for Almen Medicin & Sundhedsstyrelsen. Diagnostik og behandling af alkoholproblemer. København; 2010.
27. Becker U, Bygholm H, Broholm K, Nielsen A, Nielsen P. Kvalitet i alkoholbehandling – et rådgivningsmateriale. København; 2008.
28. Brand C, Landgren F, Hutchinson A, Jones C, Macgregor L, Campbell D. Clinical practice guidelines: barriers to durability after effective early implementation. *Intern Med J* 2005 Mar;35(3):162-9.
29. Søndergaard L. Prædiktorer for patientdeltagelse i rygestopprogram samt sundhedspersonalets viden og handlinger, når patienten ryger ved indlæggelse på sygehus. Aarhus University; 2009.
30. Willaing I, Iversen L, Jørgensen T. Hvad betyder individuelle rygevaner for personalets viden, holdninger og rådgivningspraksis relateret til rygning? *Ugeskr Laeger* 2001;32:4180-1.
31. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(3):CD000214.
32. Region Nordjylland [Internet]. Retningslinie for intervention ved overforbrug af alkohol. Available from: <http://rn.dk/>, 4. april 2013
33. WHO. European Partnership to Reduce Tobacco Dependence. WHO Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. World Health Organization; 2001.

English abstract

Grønkjær M, Søndergaard LN. The hospital's role in alcohol prevention - challenges and perspectives. *Sygeplejersken* 2013;(7):79-88.

Alcohol is a considerable public health problem in Denmark, and nurses play a key role in prevention and health-promotive initiatives. The purpose of the article is to highlight some results from a study on alcohol use in Denmark and discuss these from a public health and nursing perspective. Another purpose is to contribute to alcohol-prevention efforts, specifically in hospitals. The study shows the existence of some strong cultural perceptions manifesting as an acceptance of and expectations about drinking alcohol in various (and many) contexts; similarly the context in which drinking occurs has a significant impact on normality and legitimacy during a drinking situation. The article describes and discusses a number of challenges in relation to alcohol prevention under the direction of hospitals, and the overriding message is that it is necessary to implement various public health initiatives aimed at targeting these complex characteristics of the Danish alcohol culture.

Keywords: Alcohol, prevention, health, health promotion, health economics

Til patienter, der drikker lidt for meget

A-Kuren er en hjælpende hånd til de af dine patienter der gerne vil skære ned på alkoholforbruget eller helt holde op med at drikke. Overvej om Adepend kunne være noget for nogle af dine patienter. Læs mere på www.navamedic.com



Produktresumé for adepend, filmovertrukne tabletter d.Sp.Nr. 26959.

Lægemidlets navn: adepend. **Kvalitativ og kvantitativ sammensætning:** hver filmovertrukket tablet indeholder 50 mg naltrexonhydrochlorid. Hjælpestof: indeholder 126,755 mg lactosemonohydrat. Alle hjælpestoffer er anført under pkt. 6.1. **Lægemiddelform:** filmovertrukne tabletter. Kapsel-

formet, beige, filmovertrukket tablet med en delekærv på begge sider. Tabletten kan deles i to lige store dele.

Kliniske oplysninger: terapeutiske indikationer: adepend anvendes som del af et omfattende behandlingsprogram mod alkoholisme for at reducere risikoen for tilbagefald, som udløses ved behandling med abstinenser og for at reducere trangten til alkohol. **Dosering og indgivelsesmåde:**

Før behandling indledes, skal det sikres, at patienten er opioidfri (se pkt. 4.4). **Voksne:** Behandling med adepend bør indledes og overvåges af kvalificerede læger. Den anbefalede dosis af naltrexonhydrochlorid til voksne er 50 mg daglig (1 tablet daglig). **Børn og unge (<18 år):** Det frarådes at anvende adepend til børn og unge under 18 år ved denne indikation, da der ikke foreligger data vedrørende sikkerhed og virkning. **Eldre:** Data for denne patientgruppe er utilstrækkelig. **Patienter med lever- og/eller nyr sygdomme:** Adepend er kontraindiceret hos patienter med alvorlige lever- og/eller nyr sygdomme. Adepend bør kun anvendes med særlig forsigtighed og tæt overvågning hos patienter med let til moderat lever- og/eller nyr sygdom (se pkt. 4.4). Det bør overvejes at tilpasse dosis (se pkt. 5.2). **Indgivelsesmåde:** Adepend filmovertrukne tabletter bør tages med en smule væske. Adepend bør tages fastende. **Behandlingsvarighed:** Der kan ikke angives en generel behandlingsvarighed, da adepend anvendes samtidig med anden behandling og da rekonvalescens er individuelt forskellig hos alkoholafhængige patienter, også selv om disse modtager psykologisk rådgivning. En behandlingsvarighed på mindst 3 måneder anbefales, men en forlængelse kan være nødvendig. Virkning er dokumenteret i kontrollerede studier over en periode på 12 måneder. Naltrexonhydrochlorid medfører hverken fysisk eller psykisk afhængighed. Der ses ingen reduktion af den antagonistiske virkning ved langtidsbehandling. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for naltrexonhydrochlorid eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Akut hepatitis. Alvorligt nedsat leverfunktion. Alvorligt nedsat nyrefunktion. Patienter, der tager opioidanalgetika. Opioidafhængige patienter, der ikke er afgiftede. Patienter med akutte symptomer på opioidabstinenser. Patienter med abstinenssymptomer efter administration af naltrexonhydrochlorid. Positiv urin-test for opioider. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** I overensstemmelse med nationale retningslinjer bør behandling initieres og overvåges af en læge, der har erfaring med behandling af alkoholafhængige patienter. Naltrexon kan medføre forbigående stigning i det diastoliske blodtryk med efterfølgende reduktion af kropstemperaturen og reduktion af vejrtrækningshyppigheden. Naltrexonhydrochlorid metaboliseres hovedsageligt i leveren og udskilles hovedsageligt i urinen. Patienter med nedsat lever- eller nyrefunktion bør derfor overvåges omhyggeligt under behandlingen. Der bør foretages leverfunktionsprøver før og under behandling. Patienter skal, under behandling med adepend, advares mod samtidig anvendelse af opioider (f.eks. Opioidholdig hostemedicin, opioidholdige lægemidler til symptombehandling af almindelige forkølelser eller opioidholdige lægemidler mod diarré osv.) (Se pkt. 4.3). Hvis en patient har brug for behandling med et opioid, f.eks. Opioid analgetika eller anæstetika i akutte situationer, kan den opioide dosis, der er nødvendig for at opnå den ønskede terapeutiske virkning, være højere end normalt. I disse tilfælde kan respiratorisk depression og kredsløbspåvirkning være mere udtalt og længerevarende. Symptomer, der er forbundet med histaminfrigørelse (diaphorese, kløe og andre hud- og slimhindemanifestationer) kan også lettere forekomme. Patienten har brug for særlig overvågning og pleje i disse situationer. Under behandling med adepend bør smertefulde tilstande kun behandles med non-opioid analgetika. Patienter skal advares mod at tage store doser opioider for at overvinde blokeringen, da dette kan medføre en akut opioid-overdosering med mulig fatal udgang (og/eller forlænget respirationsdepression), når naltrexons virkning ophører. Patienter kan blive mere følsomme overfor lægemidler, som indeholder opioider, efter behandling med adepend. For at påvise eventuel brug af opioider, anbefales det at udføre en provokationstest med naloxon. Abstinenssymptomer udløst af naloxon vil være af kortere varighed end abstinenssymptomer udløst af naltrexonhydrochlorid. **Graviditet og amning:** **Graviditet:** Der foreligger ingen kliniske data vedrørende anvendelse af naltrexonhydrochlorid under graviditet. Data fra dyreforsøg har imidlertid vist reproduktionstoksicitet (se pkt. 5.3). Disse data er utilstrækkelige til at fastslå klinisk relevans. Adepend bør derfor kun gives til gravide kvinder på tvingende indikation og efter omhyggelig afvejning af mulige fordele over for den mulige risiko. **Amning:** Det vides ikke om naltrexonhydrochlorid eller 6-6-naltrexol udskilles i modermælk. Adepend bør derfor kun gives til ammende kvinder på tvingende indikation og efter omhyggelig afvejning af mulige fordele over for den mulige risiko. **Overdosering: Symptomer:** Der er begrænset erfaring med overdosering af naltrexonhydrochlorid. Der var ingen tegn på toksicitet hos frivillige forsøgspersoner, der fik 800 mg naltrexonhydrochlorid pr. Dag i 1 uge. **Behandling:** Ved overdosering bør patienter monitoreres tæt og behandles symptomatisk. **Farmakodynamiske egenskaber:** Naltrexonhydrochlorid er en specifik opioidantagonist med langtidsvirkning til oral anvendelse. Naltrexonhydrochlorid bindes kompetitivt til receptorer lokaliseret i det centrale og perifere nervesystem og antagoniserer derved virkningen af eksogent tilførte opioider. Behandling med adepend medfører ikke fysisk eller psykisk afhængighed. Der er ikke observeret tolerance for opioidantagonistisk virkning. Naltrexonhydrochlorids virkningsmekanisme er ikke fuldstændigt belyst. En interaktion med det endogene opioidsystem formodes. Alkoholindtagelse hos mennesker formodes at forstærke en alkoholinduceret stimulation af det endogene opioidsystem. En behandling med adepend er en non-aversiv behandling og forårsager ikke reaktioner efter indtagelse af alkohol. Det medfører derfor ikke en reaktion af disulfiram-typen. Den væsentligste virkning af behandling med adepend synes at være en reduktion af risikoen for fuldt tilbagefald efter at have indtaget en begrænset mængde alkohol. Dette giver patienten en mulighed for at undgå fuldt tilbagefald med fuldstændigt tab af kontrol på grund af reduceret stimulation. Naltrexonhydrochlorid reducerer trangten til alkohol ("craving") under abstinens og efter alkoholindtagelse. Reduktion af trangten til alkohol nedsætter risikoen for fuldt tilbagefald hos afhængende og ikke-afhængende patienter. **Farmaceutiske oplysninger:** Hjælpestoffer: **Tabletter:** Lactosemonohydrat, Cellulosepulver, Cellulose, mikrokristallinsk Silica, kolloid vandfri, Crospovidon, Magnesiumstearat. **Filmovertrukne:** Lactosemonohydrat, Hypromellose, Titandioxid (e171), Macrogol 4000, Sort jernoxid (e172), Rød jernoxid (e172), Gul jernoxid (e172). 6. Maj 2010. Fuldt produktresumé kan rekvireres på infodk@vitafo.net

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 8 - 2013

4. juni 2013

Nr. 9 - 2013

8. juli 2013

Nr. 10 - 2013

20. august 2013

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj

Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk

Internet: www.dmfnet.dk

Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 8 - 2013

7. juni 2013

Nr. 9 - 2013

2. august 2013

Nr. 10 - 2013

23. august 2013

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 8 - 2013

21. juni 2013

Nr. 9 - 2013

16. august 2013

Nr. 10 - 2013

6. september 2013

FREDERIKSSUND
KOMMUNE

Visiterende sygeplejerske

Nyoprettet stilling

Som udgangspunkt er stillingen på 37 timer ugtl. med start 1. august.

En afdeling i udvikling

Vi arbejder bl.a. med hverdagsrehabilitering og skal til at etablere fremskudt visitation på Hillerød Hospital.

Se hele opslaget på

www.frederikssund.dk. Kontakt Lone Thomsen på 24 62 00 79 eller Ulla Krogh på 21 17 39 16.

Ansøgningsfrist 11. juni kl. 12.

Vi har ansættelsessamtaler 20. juni.

Ansøgning sendes til

aeldre@frederikssund.dk

Mærk den: "Visiterende sygeplejerske"



www.frederikssund.dk

Sygeplejersker

til Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri

Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, Region Sjælland har følgende ledige stillinger 01.08.13

• En distriktssygeplejerske, 37 timer pr. uge ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik 2 - Roskilde

• En distriktssygeplejerske, 37 timer pr. uge ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik - Næstved

• To sygeplejersker i barselsvikariater, 37 timer pr. uge ved Center for Spiseforstyrrelser U2 (døgnafsnit) - Roskilde

Til de faste stillinger søges erfarne sygeplejersker gerne med specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje.

Se de fulde stillingsopslag på www.regionsjaelland.dk, Job og karriere, quick nr. 12240, 12241, 12242.

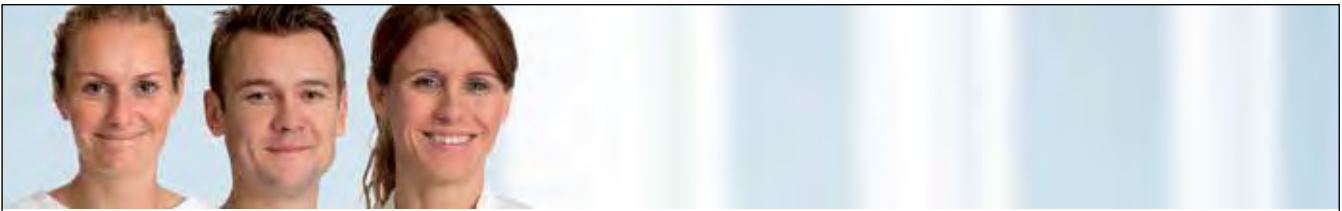
WWW.REGIONSJÆLLAND.DK

Region Sjælland er med over 15.000 medarbejdere regionens største arbejdsplads med et budget på 15 mia kr. Vi varetager opgaver inden for sundhed, regional udvikling og drift af en række sociale institutioner for i alt 800.000 borgere.

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN

- vi er til for dig





Ledende oversygeplejerske til Geriatrik Afdeling, Roskilde Sygehus

Geriatrisk Afdelings grundlæggende værdier er respekten for patienten, fokus på den grundlæggende sygepleje og det flerfaglige samarbejde i afdelingen med respekt for hinandens kompetencer.

Du skal i samarbejde med den ledende overlæge fortsat videreudvikle og understøtte det flerfaglige samarbejde omkring

den skrøbelige patient og medvirke til udvikling og implementering af nytænkning, og du ser kommunesamarbejdet som et vigtigt element til at sikre et sammenhængende patientforløb.

Afdelingens kerneydelser er effektiv og optimal patientbehandling, personaleudvikling, præ- og postgraduat uddannelse i

alle faggrupper og kvalitetsudvikling. Kerneydelserne er baserede på en ansvarlig økonomistyring og budgetoverholdelse, hvilket afdelingsledelsen har det primære ansvar for.

Se hele stillingsopslaget på www.regionsjaelland.dk, Job og karriere, quick nr. 12239.

WWW.REGIONSJÆLLAND.DK

Region Sjælland er med over 15.000 medarbejdere regionens største arbejdsplads med et budget på 15 mia kr. Vi varetager opgaver inden for sundhed, regional udvikling og drift af en række sociale institutioner for i alt 800.000 borgere.

REGION SJÆLLAND
ROSKILDE SYGEHUS



- vi er til for dig

Velfærdsteknologisk medarbejder



Center for Sundhed og Omsorg og Center for Handicap, Socialpsykiatri og Misbrug vil styrke brugen og udbredelsen af velfærdsteknologi. Derfor oprettes en ny – foreløbig 2-årig – stilling som udviklingskonsulent i velfærdsteknologi, der skal arbejde inden for sundheds- og omsorgsområdet og handicap-, socialpsykiatri- og misbrugsområdet.

Din uddannelsesbaggrund kan fx være akademisk, sygeplejefaglig, ergoterapeut/fysioterapeut eller socialpædagogisk med noget efteruddannelse.

Det vigtigste er, at du har erfaring med velfærdsteknologi og har evner og kompetencer til selvstændigt at drive og udvikle det velfærdsteknologiske område.

Yderligere information om stillingen, Slagelse Kommune og Center for Sundhed og Omsorg kan du finde på www.slagelse.dk.

Ansøgningsfrist: 10. juni 2013, kl. 12.00.

Tiltrædelse snarest muligt.

Ved alle ansættelser i Slagelse Kommune skal foreligge straffeattest.

slagelse.dk

EPILEPSIHOSPITALET FILADELFIA

Afdelingssygeplejerske til Neuropædiatrisk afdeling

Epilepsihospitalet Filadelfia søger afdelingssygeplejerske med tiltrædelse pr. 1. august 2013.

Yderligere oplysninger om stillingen kan fås hos ledende sygeplejerske Conny Brandt, tlf. 2176 3023 eller e-mail: celb@filadelfia.dk.

Vi ser gerne, at du søger online via www.filadelfia.dk. Alternativt kan ansøgningen, vedlagt oplysninger om uddannelse, tidligere beskæftigelse og relevant dokumentation, sendes til sekretær Kirsten Hansen, Filadelfia, Kolonivej 1, 4293 Dianalund.

Ansøgningsfrist er senest den 3. juni 2013.

www.filadelfia.dk

Filadelfia: Epilepsihospitalet, Forskning, Neurorehabilitering, Neurofysiologi, Søvnklinik, Laboratoriet, Skoler, Botilbud, Værkstedcenter, Conferencecenter, Specialrådgivning og Diakoni



Funktionsleder til Afdeling for Traume- og Torturoverlevende

Har du erfaring med ledelse i sundhedsvæsenet? Kan du jonglere med drift, udvikling og optimering i et tværfagligt miljø, hvor patienten er i centrum? Vil du være med til at give en god behandling til flygtninge og danske krigsveteraner med PTSD? Så er du måske vores nye funktionsleder (chefkonsulent) på ATT.

Ansættelse pr. 1. september 2013. Søg jobbet på job.regionsyddanmark.dk under jobnummer 141603.

Psykiatrien i Region Syddanmark

Afdeling for Traume- og Torturoverlevende
Banegårdspladsen 1, 7100 Vejle



Sådan læser du din lønseddel ...

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



Aabenraa
Kommune



3 sundhedsplejersker

Stillinger er ledige i Aabenraa kommune fra august 2013.

Ansøgningsfrist
10. juni 2013.

Læs nærmere på
www.aabenraa.dk

UNDERVISER TIL SYGEPLEJERSKE UDDANNELSEN

University College Syddanmark søger en adjunkt/lektor til Sygeplejerskeuddannelsen i Esbjerg.

Vi ser det at uddanne sygeplejersker som en fælles sag, hvor relationen er kendetegnet ved anerkendelse, tillid, nærvær og humor.

Du er sygeplejerske med en master- eller kandidatuddannelse.

Ansøgningsfrist
10. juni 2013

Se hele opslaget på
ucsyd.dk/stillinger

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK



Leder af plejehjemmet Grønnehaven

Modig og troværdig leder

Er du god til at skabe høj kvalitet i den daglige opgaveløsning? Er du en skarp kommunikator – både internt og eksternt? Kan du omsætte strategi til daglig handling? Og har du interesse for og flair for økonomi? Så er det dig vi står og mangler som leder af plejehjemmet Grønnehaven.

Som leder af plejehjemmet Grønnehaven er du ansvarlig for at skabe balance i fire overordnede ledelsesmæssige kerneområder – administration af plejehjemmet (inklusive økonomistyring), udvikling og implementering af fremtiden, personaleledelse og daglig opgaveløsning.

Læs mere og søg stillingen på www.helsingor.dk
Ansøgningsfrist: Onsdag den 12. juni 2013 kl. 12.00

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Ferievikariater

UNN har behov for sykepleiere/spesial-sykepleiere/jordmødre/annet helsepersonell i perioden uke 25 - 33 i forbindelse med ferieavvikling sommeren 2013.

Det vil være behov for vikarer ved sykehusene i Tromsø, Harstad, Narvik, Longyearbyen og ved våre distriktspsykiatriske senter.

Utfyllende utlysningstekster, kontaktpersoner, søknadsskjema, osv. finnes på www.unn.no/jobsok

Søknadsfrist: Snarest!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVV-NORGGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIESSU



frantz.no

Net annonser

Gå ind på www.dsr.dk/jobsoening

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannonser kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
36459 Høje-Taastrup Kommune
Kan du stå i spidsen for at udvikle fremtidens sygepleje i Høje-Taastrup?
Ansøgningsfrist: 13. juni 2013

Quicknr. **Hovedstaden**
36458 Høje-Taastrup Kommune
Hjemmeplejen i Høje-Taastrup Kommune søger leder til plejegruppe
Ansøgningsfrist: 17. juni 2013

Quicknr. **Hovedstaden**
36467 Hillerød Kommune
Sundhedsplejerske - akut job
Ansøgningsfrist: 17. juni 2013



Quicknr. **Midtjylland**
36429 Syddjurs Kommune
Sundhedsplejerske
Ansøgningsfrist: 3. juni 2013

Quicknr. **Midtjylland**
36452 Silkeborg Kommune
Udviklingskonsulent til Demensområdet
Ansøgningsfrist: 3. juni 2013

Quicknr. **Udland**
36425 Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab
1-2 faste stillinger som underviser/studieadjunkt/studielektor
Ansøgningsfrist: 1. juni 2013

Quicknr. **Sjælland**
36450 Vordingborg Kommune
Sygeplejerske
Ansøgningsfrist: 1. juni 2013



SUNDHEDSFAGLIGT UDDANNEDE JOBRÅDGIVERE

DSA er med dig. Du kan bruge os, hvis du savner inspiration til at komme videre med karrieren eller står uden arbejde. Hver måned udbyder vi et antal karrierecoachingforløb, som du kan booke dig til. Du bliver vejledt af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, der kender dit fag og arbejdsmarked.

Vi sparrer også gerne med dig om din ansøgning, dit cv og din jobsamtale, så jobbet forhåbentlig bliver dit.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



**Seniorsammenslutningens
arrangementer****Hovedstaden****Seniorsygeplejerskerne i
Kreds Hovedstaden Nord**

Guidet tur på Christiania.
Afgang fra Hillerød station kl.
9.52.

Vi mødes ved hovedindgangen
til Christiania kl. 11.

Tid og sted:

12. juni 2013 kl. 09:50 - 16:00
Fristaden Christiania

Tilmelding:

Senest den 6. juni 13 på
tlf.: 2345 8507 eller e-mail:
tvingsvej2@gmail.com

Pris:

Denne er udgifter til transport,
mad og drikke

Syddanmark**Udflugt til Løgumkloster for
Seniorer i Syd, med ledsager**

Afgang fra Haderslev afkørsel
68, kl. 8.20, Rødekro, kl. 8.50,
Aabenraa, Møllemærsk, kl.
9.00, Sønderborg, Marie Kirke,
kl. 9.30

I Løgumkloster er der rundvisning,
frokost og kaffe.

Tid og sted:

11. juni 2013 kl. 08:00 - 18:00
Løgumkloster Refugium, Kirke
og udstilling på Museet Holmen

Tilmelding:

Senest den 4. juni på
tlf.: 2042 4827 eller mail:
kirstenvigen@dlgmail.dk

Pris:

Medlemmer kr. 250,
ikke medlemmer kr. 350

Sommerudflugt 11. juni 2013

Vi starter fra Museumspladsen
Esbjerg 8.15. Kaffepause ved
Jels og guidet tur i Christians-
feld. Middag på den Gamle
Grænsekro og besøg på mu-
seet. Skamlingsbanken på egen
hånd og efterfølgende kaffe.
Hjemkomst 18.00.

Tid og sted:

11. juni 2013 kl. 08:15 - 18:00
Afgang fra museumspladsen i
Esbjerg kl. 8.15

Tilmelding:

Senest 4.6. kl. 12.00 til Elna
Schousboe på tlf.: 7511 6686 /
2334 0526, elna@esenet.dk
eller Nina Jacobsen
tlf.: 7513 2246

Pris:

Kr. 300 pr. person, drikkevarer
for egen regning

Yderligere info:

www.dsr.dk/Elna Schousboe

Midtjylland**Valg til Landsforeningen for
Seniorer i DSR (SESAM)
2013-15**

Ved opstillingsfristens udløb
den 1. maj 2013, har vi i Kreds
Midtjylland, alene modtaget én
kandidat til bestyrelsen og én
suppleantkandidat. I Kreds
Midtjylland er følgende derfor
valgt:

Rita Kristensen, Århus er gen-
valgt som repræsentant for
Kreds Midtjylland Hanne Kri-
stensen, formand for Kontakt-
udvalget i Århus. Yderligere
oplysninger, Rita Kristensen
tlf.: 8619 1708. Kontaktudval-
gene i Kreds Midtjylland

DSR Meddelelse**40 års jubilæum Hold Marts
1970 KH til September 1973
KKHH**

Har du lyst til at møde dine
gamle elevkammerater den 15.
september 2013? Så kontakt:
Vibeke Nath, vina@rudersdal.
dk eller Kiddy El Kholy, kiddyel-
kholy@hotmail.com

**Kredsformand Vibeke Westh
runder 50 år**

I den anledning inviteres med-
lemmer og samarbejdspart-
nere til en uformel sammen-
komst. Vi holder Åbent Hus
mandag 3. juni kl. 15-17 i kred-
sens lokaler, Frederiksborg-
gade 15,4, 1360 København K. I
stedet for en gave håber vi, at
du vil støtte UNICEF's indsats
mod omskæring af piger. Læs
mere på [www.dsr.dk/hovedsta-
den/unicef](http://www.dsr.dk/hovedsta-
den/unicef)

Med venlig hilsen
DSR Kreds Hovedstaden

**FSUS afholder efterårskon-
ference 4. og 5. nov. 2013**

"Kreativitet i uddannelse". In-
spiration til udvikling af under-
visning og vejledning i den teo-
retiske og den kliniske del af
uddannelsen. Konferencen
sætter fokus på kreative pæda-
gogiske metoder. I disse år er
der stor opmærksomhed på
udvikling af professionsdidak-
tik med henblik på at tilbyde de
studerende de bedste rammer
for udvikling af faglige og per-
sonlige kompetencer.
Se mere på FSUS hjemmeside:
www.FSUS.dk

**FSUS - temadag med frem-
læggelse af ph.d-projekter**

Der er foreløbig aftaler med,
Karin Højbjerg, phd, adjunkt og
post doc. samt Raymond Kol-
bæk, phd. og lektor. Datoer:
Den 20.09.2013, på Institut for
sygepleje, Metropol Køben-
havn. Den 23.09.2013, Campus
Aarhus N, VIA Aarhus

**Rigshospitalets Sygepleje-
symposium onsdag den 12.
juni 2013**

Et symposium hvor vi hvert år
fremlægger forskningsresulta-
ter ved foredrag, poster-præ-
sentationer og en artikelsam-
ling. Som årets forelæser har vi
professor Ingrid Egerod og
Rigshospitalets Nightingale
pris vil blive uddelt om efter-
middagen. Vi håber at sympo-
siet kan være til inspiration.
Det er gratis at deltage og til-
melding er ikke nødvendig.
Det afholdes fra kl. 8.30 - 15.00
i auditorium 1 og 2. Program-
met for Sygeplejesymposiet vil
fremgå af Rigshospitalets
hjemmeside 24. maj.

DSR Fonde og legater**Ansøgningsfrister
Stipendiefonden**

Arrangementer med start i
sept. 2013: Ansøgningsfrist 1.7.,
bevillingsmøde 14.8.
Arrangementer med start i
oktober 2013: Ansøgningsfrist
1.8., bevillingsmøde 4.9.
Arrangementer med start i
nov. 2013: Ansøgningsfrist 2.9.,
bevillingsmøde 2.10.
Arrangementer med start i
dec. 2013: Ansøgningsfrist 1.10.,
bevillingsmøde 6.11.
Uddelingerne fra Stipendiefon-
den går til studieophold, kon-
gresser m.v. i udlandet.

DSR Kredsmøde**Nordjylland****Pensionsmøde i Aalborg**

DSR, PKA og Lån & Spar, udbyder pensionsmøde i Aalborg for DSR's medlemmer. Ægtefælle/samlever er velkommen til at deltage.

Tid og sted:

4. sep. 2013 kl. 15:00 - 19:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV

Arrangør:

Kreds Nordjylland

Tilmelding:

Senest 28. august 2013

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

Pensionsmøde i Hjørring

DSR, PKA og Lån & Spar, udbyder pensionsmøde i Hjørring for DSR's medlemmer. Ægtefælle/samlever er velkommen til at deltage.

Tid og sted:

5. sep. 2013 kl. 15:00 - 19:00
Bryghuset Vendia, Hjørring

Arrangør:

Kreds Nordjylland

Tilmelding:

29. august 2013

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

Pensionsmøde i Thisted

DSR, PKA og Lån & Spar, udbyder pensionsmøde i Thisted for DSR's medlemmer. Ægtefælle/samlever er velkommen til at deltage.

Tid og sted:

24. sep. 2013 kl. 15:00 - 19:00
Thisted Musikteater, teatersalen, Håndværker Torv 1, 7700 Thisted

Arrangør:

Kreds Nordjylland

Tilmelding:

Senest 17. september 2013

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

Pas på dig selv - også juridisk

Forårets tilløbsstykke, "Pas på dig selv - også juridisk". Arrangementet gentages 26. september 2013.

Tid og sted:

26. sep. 2013 kl. 15:00 - 19:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3

Arrangør:

Kreds Nordjylland

Tilmelding:

Senest 19. september 2013

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

Hovedstaden**Sommerudflugt til havecenter Fuglesang**

Vi mødes ved DSR på Haslevej 50 og kører i private biler.

OBS! Ændret dato p.g.a. Folkemødet.

Tid og sted:

20. juni 2013 kl. 11:00 - 15:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm, Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kontaktudvalget i Kreds Hovedstaden Bornholm

Tilmelding:

DSR på tlf.: 4695 4917 eller Inge-Lise Hansen, tlf.: 5695 2910 senest 17. juni 2013.

Pris:

Kr. 60

Netværk for sygeplejersker med begrænsninger i arbejdsevnen

Du er velkommen, selvom du ikke har deltaget i møderne før. Noget for dig? Læs mere om os og se dagsorden på www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne.

Tid og sted:

12. juni 2013 kl. 11:30 - 13:30
Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal, 1360 København K

Arrangør:

Netværket for sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen

Tilmelding:

Tilmelding til møde på www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Ytringsfrihed - et grundlovsarrangement

Er du optaget af ytringsfrihed? Så deltag i et spændende arrangement med blandt andre en forsker i ytringsfrihed og Københavns sundheds- og omsorgsborgmester.

Tid og sted:

5. juni 2013 kl. 14:00 - 16:30
Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

Tilmeld dig på www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Etik i sygeplejefaget - hverdagens dilemmaer

Deltag i debatten om etik i sygeplejen på Kreds Hovedstaden og Sygeplejefagets Råds medlemsarrangement.

Deltag også gerne på www.facebook.com/groups/EtikISygeplejefaget

Tid og sted:

4. juni 2013 kl. 14:00 - 16:30
Danish Sygeplejeråd, Frederiksborggade 15 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Vi mangler sygeplejersker!

ActivCare®

Vikarer til hele sundhedssektoren

København tlf. 70 20 30 00

Roskilde tlf. 46 31 01 20

Aalborg tlf. 96 31 80 71

Aarhus tlf. 86 13 24 44

Odense tlf. 63 12 80 00

www.activcare.dk

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Blokhus (eller Strib fra 12.8.)

Blokhus: Ældre sommerhus på 35 m², 700 m fra Vesterhavet. 1 km fra Blokhus. Til 2 voksne evt. med små børn.

Pris fra 2.450 kr./uge med forbrug.

Udlejet uge 29 og 30.

Se mere på

www.clausgrøngaard.dk

Mobil: 5373 1201

Mail: claus@tankegang.dk

Ferie på Sydhavsøerne Hummingen

Hyggelig 90m² russisk rundtømmerhus, max 8 pers. - 300m fra stranden.

3 vær./stue/køkken/spa og sauna. Området byder på gåture/fiskeri samt besøge Knuthenborg og de gamle købstader på Lolland/Falster. Fra 2.000 kr./uge + forbrug uge 27, 33, 34, 35.

www.feriepålolland.dk

Tlf. 2234 0702 / 2233 8507

Bolig søges af min datter og veninde

Søde og ansvarlige piger på 21 år fra Aalborg søger min 2 vær. lejlighed i Kbh. V. Gerne omkring centrum. Studiestart til sept. men kan dog overtage lejlighed snarest muligt - max husleje 8.000 kr.

Tlf. 2216 9698, 9814 4539, mail: mavej@rn.dk

Silkeborg - søerne

2 velbeliggende sommerhuse til 4-5 personer og med lille robåd udlejes til rimelige priser. Det ene hus ligger i Laven med egen bådebro ved Julsø.

Det andet ligger i Ry tæt på dejlig badestrand ved Knudsø.

Tlf. 8680 4422

Bondegaardsidyl/ sommerferie

Ferielejligheder 4 til 8 pers. på meget velholdt og idyllisk 4-længet stråetakt bondegaard ved Assens på Vestfyn udlejes i sommerferien. Der er have med grill, legeplads, boldspil, kaniner og høns. Pris fra kr. 2.500/uge inkl. forbrug.

www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516

ÅRHUS

12 km syd for byen i naturskønne omgivelser. 100 m² feriehus udlejes, 8 sengepladser, spa, sauna, brændeovn, internet, kabeltv, bordtennis, trampolin, havegrill, bålplads, børneseng/stol, opvaske-maskine, vaskemaskine, tørretromle m.m.,

Tlf. 2070 4219

Super sommerhuse, Nykøbing Sj

3 min gang fra lækker sandbadestrand, 85 m², 7 personer, 3 værelser + soveniche, helt ugeneret. 100 m², 8 personer, 3 værelser, spa, sauna, havudsigt. Weekend: 1.550 kr., miniferie: 1.950 kr., uge fra: 2.600 kr.

Henvendelse for nærmere info: lonebraestrup@nyka.dk - tlf. 2043 9588

Ferie på Fyn

Kerteminde ved Nordstranden.

Lille, hyggeligt sommerhus udlejes fra fredag til fredag.

4 sengepladser + 1 opredning. Køkken med opvaskemaskine. Overdækket terrasse + terrasse med havudsigt. Udebad + alm. bad. Ingen husdyr.

Nærmere oplysninger tlf. 6595 8121 el. 3062 7121

Ferie på Bornholm?

Gæstebolig i charmerende, gammel købmandsgård i Rønne centrum. Gåafstand til strand, havnen og skønne naturområder. Nyrenoveret, godt indrettet med alt udstyr. Sengepladser 3-6 (ved 3 på sovehems). Dejlig lukket gårdhave. Pr. uge inkl. forbrug 3.500,-.

Henvendelse
Grethe 2980 7171.

Sommerhus Nordsjælland

Lille træsommerhus til fire personer - stor terrasse og lukket have i Vejby Strand. Børnevenlig strand. Optaget uge 28 29 30 og 34. Pris pr. uge kr. 3000 kr. plus forbrug.

Ring/SMS 2530 6157 eller 4021 8945 for yderligere informationer.

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotelet i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 naturskønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Luxus lejlighed på over 100 m²

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure: tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Marie Nagel
Christensen**
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christensen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4,
1360 København K

Åbnings- og telefonider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Konstitueret kredschef

Ann Dahy

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefonider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Mindegade 10
8000 Aarhus C
Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00

Græsset ER grønnere på den anden side – Kom til Norge for at arbejde!

AMBIO Helse søger både nyuddannede og erfarne sygeplejersker til jobs i Norge.

Kombiner værdifuld og relevant erfaring med smukke oplevelser – og tjen samtidig gode penge. AMBIO Helse leverer vikarer til kommune og sygehuse i hele Norge, til både korte og lange vikariater.

Ambio Helse er også Norges største leverandør av e-oplæringskurser indenfor helsesektoren; www.helsekursportalen.no. Registrer dig hos os, og få alle kurser gratis.

Vi tilbyder:

- Gratis rejse og bolig.
- Gode forsikringsordninger.
- Mulighed for at rejse flere sammen.
- Gratis medicinkursus.
- Hjælp med alt det praktiske omkring dit ophold i Norge.
- Personlig opfølgning.

**Vi har egen dansk kontaktsygeplejerske:
mie@ambiohelse.no**

VI HAR OGSÅ
SOMMERJOB TIL
SYGEPLEJERSKE-
STUDENTER

**Registrer dig i dag:
www.ambio-helse.no**



Spar op til 30% - På populære modeller til arbejde og fritid!

Stort udvalg af nye modeller og velkendte klassikere. Fodtøj som giver dig følelsen af velvære enten på jobbet eller i fritiden - uden at gå på kompromis med hverken kvalitet eller pris.



Model 25130 Amsterdam
Damesandal med mulighed for indstilling af bagrem og over vristen.
Kvalitet: Imiteret skind med indersål af ægte læder
Farve: Hvid
Størrelse: 37 - 42
Normalpris 299,-



Model 25180 Monaco
Sandaler til damer og herrer med velcrolukning.
Kvalitet: Imiteret skind med indersål af ruskind.
Farve: Sort - Hvid
Størrelse: 36 - 46
Normalpris 329,-



Model 25080 Lissabon
Damesandal med tåstrop og velcrolukning.
Kvalitet: Ægte skind
Farve: Sort - Hvid
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 349,-



Model 25220 Bari
Damesandal med tåstrop og mulighed for indstilling af bagrem og over vristen.
Kvalitet: Imiteret skind med indersål af ægte læder
Farve: Sand - Rød - Blå
Størrelse: 36 - 42
Normalpris 299,-



Model 25210 Napoli
Ballerinasko til damer med velcrolukning over vristen og lille hæl.
Kvalitet: Imiteret skind
Farve: Hvid
Størrelse: 36 - 41
Normalpris 329,-



Model 25200 Verona
Sportssko til damer med elastiklukning og lille hæl.
Kvalitet: Imiteret skind
Sort: Str. 36 - 41
Hvid: Str. 38 - 41
Normalpris 329,-



Model 25230 - Pisa
Damesandal med velcrolukning.
Kvalitet: Imiteret skind
Farve: Grå/blå - Sort/grå
Størrelser: 36 - 42
Normalpris 229,-



Frit valg - 2 par kun
350,-

Praxis top model - med ekstra bløde såler

Model 25090 - Paris
Damesandal med mulighed for indstilling af bagrem og over vristen.
Kvalitet: Skind med indersål af ægte ruskind
Sort - Hvid : Str. 36 - 42
Blå/grå: Str. 38 - 42
Normalpris 449,-



Frit valg - 2 par kun
750,-

"Da denne model er lille i størrelsen, anbefaler vi, at du tager ét nummer større, end du normalt bruger"

Miks som du vil! - Du kan frit bestille blandt alle modeller og får selvfølgelig rabat på alt - bare du bestiller minimum 2 par. Hvis du bestiller via telefon eller vores hjemmeside, har du mulighed for at betale med Dankort/Mastercard - så sparer du kr. 90,- i efterkravsgebyr til Post Danmark. - Tilbudet gælder til 30.06.2013 og du har fuld retur- og bytteret inden 30 dage.

Bestil på 97 12 82 82 eller www.praxiswear.dk

Praxis
Hammershusvej 16 i
7400 Herning